Weitere Mittheilungen

in Bezug auf die

traumatischen Neurosen

mit besonderer Berücksichtigung

der Simulationsfrage.

Vortrag

gehalten am 12. Januar 1891 in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten

von

Dr. H. Oppenheim,

Privatdocent an der Universität zu Berlin.



Berlin 1891.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Auf dem letzten internationalen medicinischen Congresse, welcher im August des vorigen Jahres zu Berlin tagte, ist die Lehre von den traumatischen Neurosen Gegenstand eines Vortrags und einer sich an diesen anschliessenden Discussion gewesen. Es wäre jedoch ein grosser Irrthum, anzunehmen, dass die hier gepflogenen Erörterungen zu einem abschliessenden Resultat geführt hätten. Wie das Referat des Herrn Professor Schultze sich im Wesentlichen mit der Simulationsfrage beschäftigte, so drehte sich die Discussion auch fast ausschliesslich um diesen Punkt; die schärfsten Gegensätze der Meinung und Ueberzeugung traten einander gegenüber, ohne dass eine Vermittelung zwischen denselben angebahnt worden wäre.

Nachdem ich auf Grund fremder und eigener Erfahrungen in zahlreichen Vorträgen und wissenschaftlichen Abhandlungen [1]),

---

[1]) Oppenheim: Ueber einen sich an Kopfverletzungen anschliessenden Symptomencomplex. Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte. Berl. klin Wochenschr. 1884. No. 15.

Thomsen u. Oppenheim: Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie etc. Westphal's Arch. Bd. XV. Heft 2. 1885.

Oppenheim: Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen und Erschütterungen etc. Westphal's Arch. Bd. XVI. Heft 3.

Derselbe: Ueber das Wesen und den nosologischen Charakter der sich nach Eisenbahnunfällen etc. Vortrag, gehalten im Verein der Bahnärzte. Berl. ärztl. Correspondenzbl. 1887. No. 5.

Derselbe: Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzu-

deren wesentlichen Inhalt ich schliesslich in eine Monographie [1]) zusammenfasste, die Symptomatologie und Pathogenese dieser Krankheitsformen besprochen und ebenso wie Erichsen, Charcot, Strümpell u. A. auf die Häufigkeit objectiver Krankheitssymptome, die nur einem flüchtigen oder ungeübten Beobachter entgehen können, hingewiesen hatte, nachdem ich in mehreren ärztlichen Gesellschaften Leidende dieser Art vorgestellt und an ihnen das Symptomenbild in seinen mannichfaltigen Gestaltungen entwickelt hatte, ohne jemals hierbei auf einen wesentlichen Widerspruch zu stossen, nachdem ich durch die eigene Erfahrung belehrt immer und überall hervorgehoben hatte, dass diese Krankheitszustände meistens verkannt und die von mir als krank befundenen Personen zum grossen Theil vorher mit Unrecht der Simulation verdächtigt worden waren — hat sich in den letzten zwei Jahren trotz der Anerkennung und vielseitigen Bestätigung, welche meine Beobachtungen und Mittheilungen bei den Fachgenossen fanden, eine Gegenströmung geltend gemacht, indem einzelne Autoren mit der Behauptung hervortraten, dass die von Andern und mir geschilderten Symptome der traumatischen Neurosen nicht objectiv genug seien, von geschickten Betrügern vorgetäuscht werden könnten und häufig genug vorgetäuscht würden, so dass die Entscheidung, ob Krankheit oder Simulation vorliege, sehr häufig im Wesentlichen von der Glaubwürdigkeit des zu begutachtenden Individuums abhänge. Ob-

---

fassen, welche sich nach Erschütterung etc. Vortrag im Verein für innere Med. Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 9.

Derselbe: Ueber die traumat. Neurosen. Vortrag auf dem Chirurgen-Congress 1889.

Derselbe: Ueber eine der Paralysis agitans verwandte Form der traumatischen Neurose (Pseudo-Paralysis agitans). Charité-Annalen. Jahrg. 1889. (Vergl. ferner die unter meiner Leitung geschriebenen Inaugural-Dissertationen von Güth und Steinthal über diesen Gegenstand.)

[1]) Die traumatischen Neurosen, nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin 1889. A. Hirschwald.

gleich sich eine ähnliche Opposition schon zu den Zeiten Erichsen's geltend machte, die jedoch lautlos verhallte bis auf das späte Echo, welches sie jüngst in den Spalten der Deutschen medicinischen Wochenschrift weckte, kam dieselbe erst wieder in Fluss, nachdem der alte Begriff des Railwayspine gefallen und an seine Stelle der der traumatischen Neurosen getreten war. Da ich nun durch meine Schriften wesentlich dazu beigetragen hatte, die bei uns und in anderen Ländern gesammelten Erfahrungen einschlägiger Art dem ärztlichen Publikum zugänglich zu machen, so richteten sich auch die Angriffe wesentlich gegen mich und meine Veröffentlichungen, und es ist schliesslich so weit gekommen, dass ich, fast möchte ich sagen, für jeden Simulanten dieser Kategorie, den man irgendwo im Lande entlarvt oder entlarvt zu haben vermeint, zur Verantwortung gezogen werden soll. Und während es mir aufder einen Seite als ein gewisses Verdienst angerechnet wird, die Aerzte mit dem Symptomenbild vertrauter gemacht zu haben, erhebt sich auf der anderen vorwurfsvoll die Stimme: »Sie haben mit Ihrem Buch viel Unglück angerichtet, jetzt kommt jeder Verletzte und verlangt Entschädigung, die Krankheit existirt wohl, aber man muss sie nicht schildern, da sich auch der Laie mit medicinischen Schriften bekannt machen kann; wir Anderen sind vorsichtiger, wir besitzen die Methoden, Simulanten zu entlarven, aber wir behalten diese Kenntniss für uns, wir verrathen sie nicht, damit die Kunst nicht von Unberufenen erlernt wird u. s. w.«

M. H., Jeder, der die Publikationen der jüngsten Zeit verfolgt hat, wird mir zugeben, dass ich nicht zu grell schildere, sondern einfach sachlich referire.

Diese Angriffe wurden eröffnet von Professor Schultze in Bonn, der in einem in Baden-Baden gehaltenen Vortrag[1]) hervorhob, dass viele der als charakteristisch angeführten Erscheinungen für ihn nicht objectiv und nicht beweisend genug seien,

[1]) Neurolog. Centralbl. 1889. No. 13.

er rechnet hierher die Gesichtsfeldeinengung, die Anästhesie, die Beschleunigung der Pulsfrequenz etc. Da über diesen Vortrag, dessen Inhalt mich überraschte, nur ein kurzes Referat vorlag, wandte ich mich brieflich an Herrn Prof. Schultze, um ein Wort der Aufklärung bittend, und erhielt die Antwort, dass er durchaus nicht irgend einen Angriff gegen das Thatsächliche meiner diesbezüglichen Arbeiten vorgehabt hätte oder vorhabe, er habe nur grössere Besorgniss vor dem Betrogenwerden seitens mancher Kranken als andere Collegen und habe noch nicht Cautelen genug, sich vor etwaiger Simulation zu schützen. »Die Simulationsfrage ist mir die Hauptfrage; mir erscheint die Anzahl der Simulanten besonders bei der „localen traumatischen Neurose« keineswegs als so unbedeutend.«

Wenn auch in dieser directen Mittheilung alles das anerkannt wurde, was von mir in Bezug auf die Verletzungsneurosen beschrieben worden war, so glaubte ich doch in dem einfach negirenden Charakter des Schultze'schen Vortrags eine grosse Gefahr zu erblicken, die Gefahr, dass diejenigen Aerzte, welche am häufigsten in die Lage kommen, die durch Unfall Geschädigten zu begutachten, nun gestützt auf die Erfahrungen dieser Autorität, erst recht zu dem früheren Standpunkte der Simulationsverdächtigung zurückkehren möchten.

Gleichzeitig hatte Herr Prof. Seeligmüller[1]) in Halle ebenfalls nach voller Anerkennung dessen, was ich über die traumatischen Neurosen zusammenfassend mitgetheilt hatte, gegen meine Schrift den Vorwurf erhoben, dass in ihr ein den Kennzeichen und Entlarvungsmethoden der Simulation gewidmeter Abschnitt nicht enthalten sei; dabei verwies er auf die in seinem Lehrbuch enthaltenen Vorschriften zur Ermittelung der Simulation.

Mit einer Kritik[2]), die sich gegen den Schultze'schen

---

[1]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XV. Heft 4.

[2]) Zur Beurtheilung der traumat. Neurose. Neurolog. Centralbl. 1889. No. 16.

Vortrag und die in dem Seeligmüller'schen Referat enthaltene Bemerkung wandte, glaubte ich nicht lange zurückhalten zu dürfen aus den schon bezeichneten Gründen, und beschränkte sich meine Erwiderung zunächst darauf, dass ich die Unzulänglichkeit der Schultze'schen Bedenken nachzuweisen versuchte und die absolute Unbrauchbarkeit der von Seeligmüller angegebenen Methode, reelles Zittern vom simulirten zu unterscheiden, kennzeichnete.

Mit dieser durchaus sachlich gehaltenen Erwiderung hatte ich den Funken in ein Pulverfass geworfen; jetzt folgte Explosion auf Explosion und es ist nicht ohne psychologisches Interesse, zu überschauen, welche Umgestaltung diese meine Gegenerklärung, in der ich es wagte, das Gewicht der eigenen Erfahrung geltend zu machen in den Anschauungen meiner Gegner hervorrief, welchen Sturm der Entrüstung dieselbe bei Herrn Seeligmüller heraufbeschwor, für welche nichts so bezeichnend ist, als das letzte Opus dieses Autors, das zunächst als Feuilletonartikel der Deutschen med. Wochenschrift[1]), dann mit dem Motto:

»Die Kranken zu decken,
Die Lügner zu schrecken«

im Sonderabdruck[2]) herausgegeben, dem ärztlichen und Laienpublikum die neue Thatsache verkündet, dass die traumatische Neurose überhaupt nicht existirt. Und zwar „die traumatische Neurose Oppenheim's«, dessen Schilderung nicht lange vorher die volle und sogar hervorragende Anerkennung desselben Herrn Seeligmüller gefunden hatte.

Wenngleich nun diese Seeligmüller'sche Schrift nach ihrer wissenschaftlichen Bedeutung, wie ich meine, eine Würdigung nicht verdient, so veranlassen mich doch zwei Umstände,

---

[1]) 1890, Nr. 31, 43 u. 44.

[2]) Die Errichtung von Unfallskrankenhäusern, ein Akt der Nothwehr gegen das zunehmende Simulantenthum. Leipzig 1890.

auf dieselbe Rücksicht zu nehmen und in dieser Gesellschaft noch einmal diese Frage zu erörtern.

Die Seeligmüller'sche Brochüre erhält nämlich ein gewisses Gewicht dadurch, dass sie sich auf eine Behauptung des Herrn Mendel stützt, welche dieser auf dem letzten Congresse, und zwar, wie ich heute beweisen werde, ohne hinreichende Berechtigung aufgestellt hat. Die Seeligmüller'sche Schrift ist ferner bereits in Laienkreise gedrungen und hat schon begonnen, hier unheilvoll zu wirken. Ich will zunächst für die letzterwähnte Thatsache Beweise beibringen.

In einer Sitzung des Schiedsgerichts vom 24. October 1890 wird ein — übrigens von mir nicht begutachteter — Arbeiter für einen Simulanten erklärt, »um so mehr, als er — ich citire wörtlich — in seinen Aeusserungen eine ziemlich gute Bekanntschaft mit den Erscheinungen der sogenannten, von der überwiegenden Mehrzahl der Aerzte verworfenen traumatischen Neurose bekundet«.

In einem anderen Falle wendet sich eine auswärtige Berufsgenossenschaft an den Vorstand einer hiesigen mit dem Bemerken: »Beim Studium einer Brochüre des Herrn Professors Dr. Adolph Seeligmüller finden wir auf S. 14, dass der X. internationale Aerzte-Congress zu Berlin am 10. August cr. mit grosser Majorität die Frage verneint hat, dass es eine traumatische Neurose in der Auffassung von Oppenheim giebt.« Der Vorstand verlangt deshalb, dass das Verfahren wieder aufgenommen wird, da sich der begutachtende Arzt vornehmlich auf Oppenheim's wissenschaftliche Abhandlungen über traumatische Neurosen gestützt hat. Die hiesige Berufsgenossenschaft lehnt diesen Antrag allerdings ab mit der durchaus correcten Motivirung: »Auch wir haben die Schrift des Herrn Seeligmüller gelesen, können uns aber dem Vollgewicht seiner Ausführungen nicht anschliessen. Die Veröffentlichung der Protokolle der einzelnen Sectionen des Congresses ist abzuwarten etc.«

In einem anderen Falle heisst es in einer Entscheidung des Schiedsgerichts vom 4. October 1890: »Bekanntlich ist es eine in der medicinischen Welt vielfach erörterte Frage, ob eine traumatische Neurose, wie sie Dr. Oppenheim annimmt, existirt oder ob die von Dr. Oppenheim gefundenen Krankheitserscheinungen auf Simulation beruhen.«

Diese Beispiele genügen wohl, um zu zeigen, dass ein mühsam errungener Besitz wissenschaftlicher Erkenntniss, den ich übrigens nicht im Entferntesten auf Rechnung meiner Untersuchungen bringe, gefährdet ist, und — was noch viel schwerer wiegt —: sie deuten auf ein drohendes sociales Uebel, indem ein sehr grosser Theil verunglückter Individuen, auf die das Haftpflicht- und Unfallversicherungsgesetz Anwendung findet, Gefahr läuft, auf berechtigte Entschädigungsansprüche Verzicht leisten zu müssen und unter der Beschuldigung der Simulation, d. h. des Betruges bestraft zu werden.

Bis zum letzten internationalen Congress konnte ich allen diesen Angriffen mit einer guten Waffe begegnen, indem ich ihnen entgegenhielt das schlagende Ergebniss der eigenen Erfahrung, welche lehrte, dass in fast all den Fällen, in denen von anderer Seite Simulation angenommen worden war, durch die Beobachtung in der Nervenklinik der Charité die Zeichen einer ausgesprochenen Nervenkrankheit nachgewiesen wurden. Eine Beobachtung im Krankenhause hielt ich für die schwierigen Fälle unbedingt erforderlich, hatte aber andererseits die Erfahrung gemacht, dass ein mit der Untersuchung von Nerven- und Geisteskranken vertrauter Arzt meistens schon bei der ersten gründlichen Untersuchung die Krankheit diagnosticiren kann. So fand ich, dass von unseren Patienten, die häufig durch die Poliklinik ihren Weg zur Klinik nehmen, fast $^3/_4$ schon bei der ersten Untersuchung in der Poliklinik so markante Symptome boten, dass an dem Bestehen eines Nervenleidens nicht gezweifelt werden konnte. Auf diese Thatsache hatte ich Schultze

gegenüber hingewiesen mit dem Zusatz: »Wenn ich es mir trotzdem zum Princip gemacht habe, ein entscheidendes Gutachten immer erst nach einer Beobachtung im Krankenhause abzugeben, so ist das eben eine besondere Vorsicht und Rücksichtnahme auf die oft divergenten Anschauungen der Vorgutachter.«

Ganz bezeichnend ist es nun, dass meine Gegner auf diesem Gebiete sich diesen meinen Ausspruch als willkommenstes Angriffsobject ausersahen; freilich erst dadurch, dass sie den Nachsatz unerwähnt liessen, war er so gestaltet, um an ihm beweisen zu können, dass ich es mit solchen Untersuchungen zu leicht nehme und die Simulation übersehe. Herr Hoffmann[1]) hat diesen Vorwurf zuerst erhoben, Herr Seeligmüller hat ihn in der ihm eigenen Manier zugespitzt und in eine Waffe verwandelt, deren man sich bislang bei wissenschaftlichen Discussionen nicht zu bedienen pflegte. Herr Seeligmüller[2]) suchte mich aber auch noch an einer anderen Stelle zu fassen: er identificirte Erfahrung mit Alter, verglich seine Jahre mit den meinigen und kam dabei zu dem Resultate, dass ich überhaupt viel zu jung sei, um in diesen Fragen ein entscheidendes Wort sprechen zu können.

Gegen diesen Vorwurf des Herrn Seeligmüller kann ich mich nicht vertheidigen. Aber Herr Seeligmüller[3]) hatte mich selbst bereits im Voraus entlastet, indem er im Jahre 1889 über meine Brochüre gesagt hatte: „gewiss ist es als ein dankenswerthes, durchaus zeitgemässes Unternehmen zu begrüssen, wenn ein Neuropathologe von Fach, welcher, wie der Verfasser, sich eingehend mit der Beobachtung und Beurtheilung traumatischer Neurosen beschäftigt hat, seine Erfahrungen in eine Monographie zusammenfasst.«

---

[1]) Erfahrungen über die traumatische Neurose. Berl. klin. Wochenschrift. 1890.

[2]) Neurolog. Centralbl. 1889. No. 21.

[3]) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XV.

Trotz Herrn Seeligmüller konnte ich mich in diesen Fragen bis zum letzten Congresse auf die persönliche Erfahrung berufen, deren Früchte von vielen Seiten werthgeschätzt worden waren. Auf diesem Congresse sollte mir aber die wichtigste Handhabe meiner Beweisführung entzogen werden. Und zwar durch Herrn Professor Mendel. Dieser trat in der Discussion mit der Bemerkung hervor, dass er Gelegenheit gehabt habe, den grössten Theil oder einen grossen Theil (siehe Nachtrag S. 53) meiner Kranken ebenfalls zu untersuchen und dass er hierbei zu anderen Resultaten gekommen sei als ich. Wenn Herr Mendel es auch nicht deutlich aussprach, so konnte seine Mittheilung an dieser Stelle und in diesem Zusammenhang nicht anders gedeutet werden als so, dass er die von mir als krank befundenen Personen zum grossen oder grössten Theil ebenfalls untersucht und Simulanten in ihnen entdeckt habe. So ist der Mendel'sche Ausspruch auch bereits von Seeligmüller verwerthet worden, ohne dass Herr Professor Mendel dem bisher entgegengetreten wäre, indem S. sagt: „Professor Mendel hat, wie er in der Discussion auf dem Berliner Congresse hervorhob, die Fälle, auf welche Oppenheim seine »traumatische Neurose« basirt, zum grossen Theil selbst untersucht und ist dabei zu ganz anderen Schlüssen gelangt als jener.«

Ich muss gestehen, dass ich auf den Mendel'schen Angriff nicht im Mindesten vorbereitet war. Obgleich ich häufig genug Gelegenheit hatte, mit Herrn Prof. Mendel über wissenschaftliche Fragen in dieser Gesellschaft oder gesprächsweise zu conferiren, war mir über diese seine Beobachtungen, die doch gewiss von grosser Bedeutung für mich sein mussten, nichts bekannt geworden. Es kam einmal vor, dass wir in foro zusammentrafen und ich einen verunglückten Bahnbeamten für ganz erwerbsunfähig erklärte, dem Herr Mendel noch eine partielle Erwerbsfähigkeit zuschrieb — aber sonst wusste ich nichts von einer so bedeutungsvollen Meinungsdifferenz zwischen uns in diesen Fragen. Und nun gar berief sich Herr Mendel auf

Untersuchungen des Herrn Prof. Hirschberg, von denen ich Kenntniss haben sollte. Ich will zunächst erklären, dass ich niemals Gelegenheit hatte, mit Herrn Prof. Hirschberg einen Fall dieser Art zu untersuchen und dass mir niemals die Kunde geworden ist von einer Untersuchung, die Herr Hirschberg an einem von mir begutachteten Kranken vorgenommen hätte, bis auf ein Attest, in welchem Herr Mendel sich auf eine Untersuchung des Prof. Hirschberg bezog, die Cataract nachgewiesen habe. In der Sitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 10. November 1884[1]) und 11. Mai 1885[2]) ist es im Anschluss an eine Krankenvorstellung des Herrn Dr. Thomsen, später des Herrn Geheimrath Westphal zu einer Meinungsdifferenz zwischen den Herrn Hirschberg einerseits, Uhthoff, Westphal und Thomsen andererseits bezüglich der Aufzeichnung des Gesichtsfelddefectes gekommen, indem Herr Hirschberg betonte, dass das excentrische Sehen in Fällen dieser Art auch in dem scheinbar fehlenden Theile des Gesichtsfeldes nicht ganz aufgehoben sei, so dass es nicht berechtigt sei, den Gesichtsfelddefect durch Schraffiren zu kennzeichnen, da der Kranke sich noch im Raum orientiren könne. Westphal, Thomsen und Uhthoff haben gleichmässig erwidert, dass es sich auch nicht um ein absolutes Nichtsehen, sondern nur um ein Undeutlichsehen handle und eine andere Art der graphischen Darstellung nicht möglich sei. Auf diesen für unsere Frage ganz belanglosen Meinungsunterschied habe ich[3]) damals Rücksicht genommen und damit waren meines Wissens die Erörterungen über diesen Gegenstand zwischen Herrn Hirschberg und uns abgeschlossen. Dem gegen mich erhobenen Vorwurf, den Herr Seeligmüller nach seiner Art in eine Anklage verwandelt hat, fehlt also jede Unterlage.

Gleich auf dem Congresse erhob ich Einspruch gegen die

[1]) u. [2]) Westphal's Arch. Bd. XVI. u. XVII.
[3]) Westphal's Arch. Bd. XVI. H. 3.

Mendel'sche Behauptung und verlangte, dass er dieselbe durch Anführung der entsprechenden Fälle stütze und motivire und ich glaube, dass jeder, der Zeuge dieser Discussion gewesen ist, die Berechtigung meines Anspruchs anerkennen musste. So, wie die Aeusserung Mendel's gefasst war, blieb jedem die Auslegung und Deutung überlassen und sie konnte, wie die Entwickelung der Dinge bereits gezeigt hat, beliebig gegen mich und die Sache, die ich vertrete, verwerthet werden.

Ich versuchte nun, Herrn Mendel direct auf brieflichem Wege zu einer Erklärung und Specialisirung seines Ausspruchs zu veranlassen, indem ich ihm sachlich und bestimmt eine Anzahl von Fragen zur geneigten Beantwortung vorlegte. Herr Mendel verlangte jedoch eine andere Formulirung meines Gesuchs, die ich nicht gewähren konnte. Da es mir nun darauf ankam, auch über den weiteren Verlauf der fraglichen Fälle Aufschluss zu erhalten, so gab es für mich nur einen Weg, zur Klarheit und Wahrheit zu gelangen: ich musste durch eine sorgfältige Revision des Actenmaterials aller von mir bis zum August vorigen Jahres begutachteter Fälle von traumatischer Neurose feststellen, inwieweit sich mein Beobachtungsmaterial mit dem Mendel'schen deckt, inwieweit es zu Differenzen der Meinung und Beurtheilung zwischen Herrn Mendel und mir gekommen war, und inwiefern der weitere Verlauf eine Entscheidung gebracht habe. Das war eine sehr mühsame und zeitraubende Arbeit, der ich mich aber im Interesse der Sache gern unterzog, und es gereicht mir zur Freude und Genugthuung, dass bei diesen Nachforschungen noch etwas Werthvolleres herausgekommen ist als die zur Widerlegung der Mendel'schen Angriffe erforderlichen Daten.

Ich versäume nicht, auch an dieser Stelle zunächst der Kgl. Charité-Direction für freundliches Entgegenkommen, ferner den Kgl. Eisenbahnbetriebsämtern, Berufsgenossenschaften und sonstigen Behörden, an die ich mich um Zustellung der Unfallsacten wandte, für die grosse Bereitwilligkeit, die sie mir zeigten, zu danken.

Nur eine einzige hiesige Berufsgenossenschaft hat sich geweigert, mir das Actenmaterial zur Verfügung zu stellen; ich werde auf diesen Punkt zurückkommen, will aber von vornherein betonen, dass ich auf anderem Wege in den Besitz der gerichtlichen Entscheidungen und der Resumé's der ärztlichen Gutachten gekommen bin und auch in diesen Fällen bezüglich der uns interessirenden Fragen vollen Aufschluss erhalten habe.

Die gründliche Revision der Aufnahmejournale und Acten über die vom Juli 1883 bis zum 6. August 1890 in die Nervenklinik der Königl. Charité aufgenommenen Kranken lehrte, dass von circa[1]) 108 Fällen, in denen die Diagnose traumatische Neurose gestellt wurde, 76 durch mich gutachtlich beurtheilt wurden (die übrigen hatten keine Entschädigungsansprüche zu erheben, kamen nur zum Zweck der Heilung oder verliessen das Krankenhaus, ohne gutachtliche Entscheidung zu verlangen oder wurden zu anderen Abtheilungen verlegt). Unter diesen sind 6 Fälle, in denen entweder Simulation angenommen wurde oder doch das bestehende Leiden nicht mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden konnte, während ein dolus nicht immer nachzuweisen war. Drei von diesen lagen so, dass nachträglich Recherchen nicht angestellt werden konnten. Eine Revision der Unfallsacten konnte ich vornehmen in 68 Fällen, in den übrigen 5 habe ich einen Einblick in die ärztlichen Gutachten und gerichtlichen Entscheidungen bisher nicht erhalten können, weil in 3 derselben das gesammte Actenmaterial dem Schiedsgericht resp. dem Reichsversicherungsamt zur Zeit vorliegt, in einem derselben wurde mir jedoch vor Erstattung meines Gutachtens das Mendel'sche Attest und später eine Gegenerklärung desselben vorgelegt, so dass ich auch da genügend orientirt bin, in einem weiteren ist mein Gutachten dem

---

[1]) Ich sage: „circa“, weil ich es für möglich halte, dass ich bei der Revision der Aufnahmejournale einen oder zwei unter einer anderen Diagnose aufgeführte Fälle dieser Art übersehen habe.

Verletzten selbst eingehändigt worden und ich kann nachträglich nicht ermitteln, welcher Berufsgenossenschaft er angehörte; von einem verunglückten Bahnbeamten, der nachweislich noch von Westphal in der Klinik als Typus des Railwayspine vorgestellt ist, waren die Acten nicht mehr aufzufinden. Diese 4 Fälle muss ich also aus meiner Betrachtung ausscheiden lassen und es ist wohl nicht anzunehmen, dass diese 4 gerade die grosse Zahl der Simulanten repräsentiren.

Welches war nun das Ergebniss dieser Nachforschungen? Ich will die Frage zunächst ausschliesslich mit Bezug auf den Mendel'schen Angriff beantworten.

Unter diesen 68 finden sich nur 11, die auch von Herrn Prof. Mendel begutachtet sind, ausserdem noch 2, die von Assistenten des Herrn Mendel gutachtlich beurtheilt wurden und weiter 3 oder 4, die in der Mendel'schen Poliklinik behandelt wurden, ohne dass ein Attest von diesem ausgestellt worden ist.

Die Prüfung der Unfallsacten lehrt nun zunächst, dass unter allen diesen kein einziger sich findet, der von mir für krank erklärt, von Herrn Mendel jedoch der Simulation überführt oder auch nur beschuldigt worden wäre.

In einem der Fälle, in dem ich eine Einsicht in die Unfallsacten nicht erhalten habe, war von Herrn Mendel zwar nicht ausdrücklich Simulation, aber doch Unglaubwürdigkeit und volle Erwerbsfähigkeit angenommen, während ich nachträglich nach einer circa zweimonatlichen Beobachtung des Patienten im Krankenhause zu der Ueberzeugung gelangt bin, dass ein die Erwerbsfähigkeit allerdings nur beschränkendes Nervenleiden vorliegt, welches möglicherweise durch den geschilderten Unfall bedingt sei. Hier bin ich also zu einem anderen Resultate gelangt als Herr Mendel; derselbe ist dann nachträglich, und zwar nach dem Congress, wieder gegen mein Gutachten aufgetreten, indem nach seiner Meinung die von mir zusammen-

gestellten objectiven Krankheitserscheinungen, wie dies die ersten Nervenärzte Deutschlands festgestellt hätten, nicht zu der Bedeutung berechtigen, welche ich ihnen beilege. Aber die schiedsgerichtliche Entscheidung steht in diesem Falle noch aus; es ist sogar vorgeschlagen, ein Obergutachten einzufordern, wir müssen somit diesen Fall noch von unserer Betrachtung ausschliessen.

In einem der 11 Fälle war ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass etwas Objectives nicht mehr nachzuweisen und der Verletzte wieder völlig erwerbsfähig sei. Diesem Gutachten, welches ich October 1889 ausstellte, schloss sich Herr Mendel in seinem im Juli 1890 abgegebenen Gutachten völlig an und dem entsprechend wurde entschieden.

Es ist weiter zu erwähnen, dass in 6 der genannten Fälle meine Beobachtung und Begutachtung der Mendel'schen zeitlich folgte, und das entscheidende Gutachten von mir ausgestellt wurde, in den anderen hatte Herr Mendel das letzte Wort zu sprechen, und zwar dreimal aus dem Grunde, weil die Verletzten mit der ihnen zugewiesenen Rente nicht zufrieden nachträglich Recurs einlegten. Ein einziges Mal ist es meines Wissens vorgekommen, dass das Schiedsgericht sich aus anderem Grunde spontan trotz meines Gutachtens nachträglich an Herrn Mendel wandte, und wie lag der Fall? Ich hatte bei längerer Beobachtung im Krankenhause nichts Objectives gefunden und den Verletzten für erwerbsfähig erklärt. Da ich meinen Bericht in einem mir vorgelegten Formular sehr kurz gefasst hatte, gab sich das Schiedsgericht — und ich kann diese Vorsicht nur rühmend erwähnen — nicht zufrieden und wandte sich an Herrn Mendel, welcher fand, dass die Musculatur der Beine noch etwas Schlaffheit zeige und, die starke Uebertreibung betonend, eine Erwerbsunfähigkeit von 15 pCt. annahm. Also ich fand Simulation, Herr Mendel nur: starke Uebertreibung.

Wenn wir nun auch in allen übrigen Fällen darin übereinstimmten, dass die Personen an einem durch den Unfall hervorgerufenen Nervenleiden erkrankt seien, so kam es doch in den

meisten zu gewissen unerheblichen Meinungsunterschieden bezüglich des Grades der Erwerbsfähigkeit und der etwa vorliegenden Uebertreibung, und diese habe ich jetzt zu erörtern.

Nach einer Maschinenverletzung des rechten Armes constatirte Herr Mendel, der den Kranken sofort am anderen Tage untersuchte, Lähmung und Anästhesie des Armes. Ich selbst habe den Mann später längere Zeit in der Klinik beobachtet, die Mendel'schen Angaben im Wesentlichen bestätigt und ihn in seiner Erwerbsfähigkeit insofern beschränkt erklärt, als er nur im Stande sei, eine Beschäftigung auszuführen, die geringe Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des rechten Armes stelle. In Folge meines Gutachtens wurde gerichtlich erkannt auf $^2/_3$ Erwerbsunfähigkeit.

Nach einigen Monaten findet ein begutachtender Kreisphysicus wesentliche Verschlimmerung. Der Kranke hat die heftigsten Schmerzen im rechten Arm, klagt über epileptische Anfälle und Zustände tobsüchtiger Erregung. Darauf wird er wiederum Herrn Mendel zur Begutachtung überwiesen. Dieser will nur die Erscheinungen am rechten Arm auf den Unfall zurückführen, während weder die etwaigen Krämpfe, noch das hervorgehobene Toben und Rasen in Zusammenhang mit dem Unfall und den Schmerzen im rechten Arme gebracht werden können, da es nicht erwiesen sei, dass dieselben eine gewisse mittlere Intensität überschreiten etc. Endlich wird unser Patient im folgenden Jahre der Irrenabtheilung der Charité zugeführt. Der Oberarzt dieser Abtheilung beobachtet die epileptischen Anfälle, constatirt jetzt auch eine Betheiligung des rechten Beines und Hemianästhesie der ganzen rechten Körperhälfte, Verwirrungsanfälle und Zustände tobsüchtiger Erregung und erklärt ihn jetzt für völlig erwerbsunfähig in Folge des früher erlittenen Unfalls. Diesem Attest entsprechend wurde er für erwerbsunfähig erklärt.

In der folgenden Beobachtung handelt es sich um eine Kopfverletzung des linken Seitenwandbeins. Professor Mendel, der den Patienten bald nach dem Unfall untersuchte, findet

unter Anderem eine starke Albuminurie, ausserdem Schwäche der rechten Körperhälfte etc. Er nimmt an, dass diese Albuminurie schon vor dem Unfall bestanden haben müsse und auf dieses bestehende Leiden ein Theil der Beschwerden zu beziehen sei, während andere auf Rechnung des Unfalls gebracht werden müssen. Das Schiedsgericht spricht dem Kranken eine Rente von 50 pCt. Erwerbsunfähigkeit zu. Nach einiger Zeit wird Patient der Charité überwiesen, eine Albuminurie ist jetzt nicht nachzuweisen, dagegen die ausgeprägten Symptome eines schweren Nervenleidens von dem Typus der traumatischen Neurosen.

Ich habe mich nicht gescheut, die Mendel'sche Ansicht zu bekämpfen und darauf hinzuweisen, dass eine derartige Albuminurie auch in Folge von Kopfverletzungen beobachtet sei und, da sie von passagärem Bestande gewesen, diese Annahme eine grössere Wahrscheinlichkeit habe, demgemäss erklärte ich ihn für völlig erwerbsunfähig bis auf Weiteres und in meinem Sinne ist entschieden worden. Der Patient litt auch an beginnender Cataract, auf die wir jedoch die Gesichtsfeldeinengung nicht zurückführen zu können glaubten[1]).

In einem dritten Falle, der nur flüchtig erwähnt werden soll, nahm Herr Mendel eine traumatische Neuritis an, während ich in späterer Zeit eine sogen. locale traumatische Neurose constatirte. Herr Mendel hatte den Kranken zur Zeit für erwerbsunfähig erklärt, während ich bei meiner späteren Untersuchung nur eine wesentliche Beschränkung der Erwerbsfähigkeit annahm. Dem entsprechend wurde entschieden.

Von grösserem Interesse ist der nächste Fall. Hier handelte es sich um eine Verletzung der Hüftgegend, die erhebliche Schmerzen verursachte. Der Genossenschaftsarzt nahm Krankheit an. Herr Mendel stellte erhebliche Uebertreibung

---

[1]) Es wurde übrigens in meinem Gutachten hervorgehoben, das die Sehstörung überhaupt nur eine unbedeutende Rolle in dem Krankheitsbilde spiele.

fest und seinem Gutachten schloss sich das eines anderen Neurologen an. Der Verletzte wird der Nervenklinik der Charité überwiesen. Geheimrath Westphal und ich finden die Zeichen einer sogenannten Coxalgia nervosa. Ich erkläre ihn für gegenwärtig erwerbsunfähig, jedoch mit Aussicht auf Heilung. Er wird entlassen und von den Vertrauensärzten der Genossenschaft weiter behandelt und alljährlich begutachtet. Mein Befund wird bestätigt, der Zustand verschlimmert sich von Jahr zu Jahr, greift auch — und ich halte das für sehr beachtenswerth — auf den rechten Arm über, nach dem letzten Attest ist Heilung kaum noch zu erwarten. Er erhält dauernd volle Rente.

Ganz besondere Beachtung verdienen die beiden folgenden Fälle.

Nach einer schweren Kopfverletzung entwickeln sich bei einem Arbeiter die Zeichen eines Nervenleidens, welches in der Hallenser Klinik von Hitzig und Alt constatirt wird. Es wird unter anderen Erscheinungen der traumatischen Neurose auch eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes gefunden. Es wird Erwerbsunfähigkeit von 50 pCt. angenommen, zunächst für die Dauer eines Jahres. Nach zwei Monaten wird der Kranke der Nervenklinik überwiesen. Ich bestätige die in Halle gemachten Beobachtungen Punkt für Punkt, bin aber der Meinung, dass er kaum noch $^1/_3$ Erwerbsfähigkeit besitzt. In Folge dessen wird die Rente von 50 pCt. auf $66^2/_3$ erhöht. Er selbst fühlt sich dann aber nicht im Stande, die leichteste Arbeit auszuführen, verlangt höhere Rente, und nun wird er Herrn Mendel zur Begutachtung überwiesen, und zwar 8 Monate nachdem ich ihn untersucht hatte. Herr Mendel erklärt ihn zwar ebenfalls für krank, beschuldigt ihn aber erheblicher Uebertreibung, und zwar aus folgenden Gründen: Die »starke Beeinträchtigung des excentrischen Sehens, welche in der Charité beobachtet wurde, ist nach der jetzigen augenärztlichen Untersuchung durch Herrn Prof. Hirschberg nicht mehr vorhanden; die ebendort

2*

constatirte Abnahme der Hörfähigkeit steht mit dem Nervenapparat und dem Unfall in keinem directen Zusammenhang. Das Zittern im rechten Arm und rechten Bein ist, wenn auch eine Schwäche in diesen Theilen nicht geleugnet werden kann, zum grossen Theil von ihm willkürlich producirt, da es sofort aufhört, wenn er spricht oder seine Aufmerksamkeit davon ablenkt.« In Folge dessen findet Herr Mendel die Erwerbsfähigkeit nur auf 50 pCt. beschränkt, der Verletzte behält aber nach meiner Entscheidung 66⅔ pCt.

Wenn nun in der Klinik des Herrn Prof. Hitzig in Halle und in der hiesigen Nervenklinik eine starke Beeinträchtigung des excentrischen Sehens gefunden wird, die von den Herren Hirschberg und Mendel nach 8 Monaten nicht mehr nachgewiesen wird[1]) bei dem auch von ihnen für krank gehaltenen Manne, so liegt es doch zunächst nahe, anzunehmen, dass sich diese Störung, der bisher Niemand eine absolute Constanz vindicirt hat, inzwischen ausgeglichen habe. Ebenso hatte ich Gründe, die Schwerhörigkeit, welche sich auf dem rechten Ohr fand, für eine nervöse zu halten und, ohne irgend ein besonderes Gewicht auf dieselbe zu legen, sie in den Rahmen des gesammten Krankheitsbildes zu bringen. Wenn Herr Mendel, und zwar nach Begutachtung durch Herrn Baginsky, zu einem anderen Resultat kam, so ist es doch zu beachten, dass gerade die Entscheidung, ob eine Schwerhörigkeit nervösen Ursprungs sei, oft von grösster Schwierigkeit sein kann. Jedenfalls gab auch dieser Fall Herrn Mendel nicht die Berechtigung zu seinem Angriff. In einen Irrthum ist er aber nach meiner Ueberzeugung verfallen in der Beurtheilung des Zitterns. Die Thatsache, dass ein Zittern bei abgelenkter Aufmerksamkeit schwindet, ist nicht im Entferntesten beweisend für Simulation. Nicht allein der

---

[1]) Ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dass mir diese Nachuntersuchung zur Zeit des Congresses noch nicht bekannt war, sondern erst jetzt bei meinen Recherchen festgestellt wurde.

Tremor hysterischer und neurasthenischer Personen, sondern selbst der bei Paralysis agitans und organischen Hirnleiden zeigt häufig eine so grosse Inconstanz, dass es gelingt, durch eine einfache Ablenkung oder einseitige Anspannung der Aufmerksamkeit denselben sofort zu beschwichtigen. Man überzeuge sich von dieser Thatsache doch bei Kranken, die keine Entschädigungsansprüche zu erheben haben.

Ich will, um nur ein Beispiel anzuführen, über einen Fall von Hirntumor berichten (mit Neuritis optica, Pulsverlangsamung und Erbrechen etc.), bei dem ebenfalls Zittern in einem Arm bestand; ich notirte über denselben Folgendes:

»Von Zeit zu Zeit stellt sich ohne erkennbaren Grund ein schnellschlägiges Zittern im rechten Arm ein (8 Schwingungen per Secunde). Patient bricht, sobald das Thema auf seine Krankheit gebracht wird, in Weinen aus. Er kann sich nicht beruhigen und erklärt, dass er nicht gesund werden würde. Während er mit diesen Klagen beschäftigt ist, hört das Zittern gänzlich auf. Sobald die Aufmerksamkeit des Kranken auf einen anderen Körpertheil oder nach aussen gelenkt wird, hört das Zittern der rechten Hand auf.

Später heisst es: Im rechten Arm und rechten Bein besteht schnellschlägiges Zittern, das aber ganz unbeständig ist und durch jeden psychischen Einfluss beschwichtigt werden kann.« Ich könnte eine grosse Anzahl solcher Beispiele anführen.

Dieser Punkt ist von enormer Wichtigkeit. Denn ich habe Gutachten gelesen, in denen der Arzt sich einfach begnügte, die Thatsache festzustellen, dass das Zittern bei abgelenkter Aufmerksamkeit aufhört, und damit ohne Weiteres den Simulanten erwischt zu haben glaubte, der sich nachher als Schwerkranker entpuppte.

Herr Mendel hat diese Erscheinung auf Rechnung der Uebertreibung gebracht, im Uebrigen den Mann doch für krank erklärt. Ich halte aber diese Beurtheilung des Zitterns für eine unrichtige.

Umgekehrt ist es nicht zu verlangen, dass einem derartigen Zittern ohne Weiteres die Bedeutung eines objectiven Symptomes beigelegt wird — man begnüge sich doch, wenn man zweifelt, ein Non liquet auszusprechen.

Es erübrigt eine Beobachtung, welche einen Mann betrifft, der nach einer schweren Kopfverletzung nervenkrank und sowohl vom Genossenschaftsarzt wie von einem Assistenten des Herrn Mendel für gänzlich erwerbsunfähig erklärt wird. Dieser ist wie mancher andere auch sehr gründlich von Herrn Collegen Schütz, Director des medico-mechanischen Instituts, untersucht worden und es ist mir immer eine Freude gewesen, hier wie in anderen Fällen die volle Uebereinstimmung in den Ergebnissen unserer Untersuchung zu constatiren. Professor Mendel, der den Kranken später untersucht und begutachtet, findet im Vergleich zu dem früheren Untersuchungsergebniss der genannten Aerzte eine erhebliche Besserung, erwähnt aber unter Anderem eine Herabsetzung des Gefühls auf der linken Körperhälfte, diagnosticirt trotz der vorhandenen Uebertreibung traumatische Neurose, und zwar im December 1889, hält ihn aber noch zu leichter Beschäftigung tauglich. Darauf wird Patient von mir am 1. Mai 1890 untersucht, ich finde dasselbe wie Herr Mendel, und ausser der Gefühlsabstumpfung genau wie Herr Schütz eine Beeinträch tigungder Sinnesfunctionen auf derselben Körperhälfte, den sattsam bekannten Befund der Hemianästhesie —, auch ich halte den Verletzten jedoch für fähig, eine leichte Beschäftigung zu übernehmen und erkläre seine Erwerbsfähigkeit um 80 pCt. verringert. Nach Entscheidung des Schiedsgerichts erhält er eine Rente entsprechend 75 pCt. Erwerbsunfähigkeit. Also um diese 5 pCt. hatten die Gutachten des Herrn Mendel und das meinige divergirt.

Dies das Ergebniss meiner Nachforschungen in Bezug auf die Fälle, die nach meiner Feststellung von Herrn Mendel und mir begutachtet worden sind.

Es geht aus denselben hervor: 1. dass unser Material nicht im Wesentlichen identisch ist, sondern dass nur ein geringer Bruchtheil der von mir begutachteten Personen auch von Herrn Mendel untersucht worden ist. Es erklärt sich dieser Umstand zum Theil daraus, dass der Nervenklinik der Charité eine grosse Zahl auswärtiger Patienten zugewiesen wird, die nach der Beobachtung wieder in ihre Heimath entlassen werden; 2. dass in den von uns begutachteten Fällen nur Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf den Grad der Erwerbsfähigkeit vorkamen, die meistens nicht erheblicher Art waren und bald so lagen, dass ich, bald so, dass Herr Mendel auf einen höheren Grad von Erwerbsunfähigkeit erkannte. Diese Differenzen beruhen zum Theil auf dem Umstand, dass unsere Untersuchungen durch ein zeitliches Intervall getrennt waren. Die Entscheidung richtete sich noch häufiger nach meinem Gutachten wie nach dem des Herrn Mendel, weil man offenbar einer Beobachtung im Krankenhause besonderes Gewicht beilegen zu können glaubte und die Beobachtung und Behandlung in der Charité von Herrn Mendel selbst mehrfach proponirt war. Nur einmal kam es vor, dass ich in einem Fall Simulation annahm, bei dem Prof. Mendel später nur starke Uebertreibung constatirte, in einem anderen Fall, in welchem unsere Anschauungen in entgegengesetzter Richtung auseinandergehen, steht die Entscheidung noch aus; 3. die Unterschiede in der Auffassung sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass einevon mir gefundene Gesichtsfeldeinengung von Herrn Mendel nicht erwähnt oder von ihm resp. Prof. Hirschberg nicht bestätigt wurde; doch komme ich gerade auf diesen Punkt eingehend zurück.

Herr Mendel hätte sich demnach darauf beschränken müssen, zu erklären, dass er in der Werthschätzung einzelner Symptome mit mir nicht übereinstimme, und durch diese Detaillirung seines Angriffs würde er es verhütet haben, dass der-

selbe in so beklagenswerther Weise gegen mich ausgebeutet worden ist. — Auch in den Fällen meiner Beobachtung, die von einem der Herren Assistenten des Prof. Mendel begutachtet worden sind, ist ein von dem meinigen nach dieser Richtung abweichendes Resultat nicht ermittelt worden.

Nun aber könnte man mir noch den Einwand machen, dass Herr Mendel doch noch Gelegenheit gehabt habe, eine Anzahl der von mir begutachteten Personen in seiner Poliklinik zu sehen und zu behandeln, ohne dass ein Gutachten von ihm eingefordert worden wäre. Es ist diese Annahme schon deshalb hinfällig, weil ein Simulant, der durch mein Attest in den Genuss einer Rente gelangt ist, doch nicht spontan sich noch an Herrn Mendel wenden wird, um von ihm behandelt zu werden, diese Klippe würde er voraussichtlich vermeiden; über die von Seiten der Behörden der Mendel'schen Poliklinik zugewiesenen Personen geben aber die Acten Auskunft, so dass ich nach dieser Richtung genügend informirt worden bin. Indess um allen weiteren Einwänden zu begegnen, musste ich meine Nachforschungen nach einer anderen Richtung vervollständigen, ich musste feststellen, was denn im weiteren Verlauf aus den von mir begutachteten und krank befundenen Individuen geworden ist, was die spätere Beobachtung und Untersuchung durch andere Aerzte über den Verlauf des Leidens festgestellt hat, und gerade in dieser Hinsicht sind meine Recherchen, wie mir scheint, recht lehrreich gewesen.

Fast regelmässig war der Gang der Verhandlungen der, dass auf Grund meines Gutachtens zunächst nur für einen gewissen Zeitraum die Rente gewährt wurde und nach Ablauf desselben eine erneute Untersuchung durch mich oder durch die Vertrauens- und Genossenschaftsärzte, oft auch unter Hinzuziehung von Medicinalbeamten angeordnet wurde.

Wenn ich von diesem Gesichtspunkte aus nun das gesammte Material sichte, so geht aus der von mir angestellten Prüfung zunächst die eine Thatsache zur Evidenz hervor, dass in 67

von den 68 Fällen der weitere Verlauf meine Anschauung und das Facit meines Gutachtens bestätigt hat. Nur in einem gelang es dem Vertrauensarzt, welcher den von mir für krank und partiell erwerbsfähig befundenen Mann weiter behandelte, in einer wenigstens das Schiedsgericht überzeugenden Weise darzuthun, dass er simulire, und ich muss nach dem mir vorliegenden Actenmaterial zugeben, dass der zur Zeit meiner Beobachtung kranke Mann ein Fortbestehen seiner Beschwerden vorgetäuscht oder dieselben doch wesentlich übertrieben hat, nicht aber ist erwiesen, dass die Simulation schon zur Zeit meiner Begutachtung vorgelegen. Aber selbst wenn ich diese Concession machen müsste, so würde dieser eine Fall von sogenannter localer traumatischer Neurose, in welchem ich vielleicht durch einen Simulanten getäuscht worden bin, im Vergleich zu der grossen Zahl der übrigen nichts, gar nichts besagen.

Auf einen weiteren Fall, in welchem zwar meine Diagnose: traumatische Neurose von den Genossenschaftsärzten bestätigt wurde, aber in späterer Zeit nach angeblich erfolgter Heilung das Fortbestehen des Leidens simulirt sein sollte, will ich nur kurz hinweisen. Ich habe über diesen Fall neuerdings ein ausführliches Gutachten abgegeben, habe den Kranken dann nachträglich vor kurzem in der Poliklinik dem Herrn Prof. Jolly präsentirt und auch von diesem die Bestätigung erhalten, dass der Mann krank sei. Die Verhandlungen über denselben sind noch in der Schwebe.

In allen übrigen, sage ich, ist durch den weiteren Verlauf die Richtigkeit meiner Diagnose bestätigt worden. — Zuweilen ist in späterer Zeit von mir oder Anderen eine Besserung und damit eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit constatirt worden.

Ein Schwerverletzter, über den ich sowohl wie die Vorgutachter lange Zeit nicht zu einem sicheren Resultat gelangen konnten, der dann aber von mir nach längerer Beobachtung im Krankenhause doch für theilweise erwerbsunfähig erklärt wurde, meldete sich nach

einigen Monaten spontan wieder zum Dienst; hier ist die Besserung wider Erwarten schnell erfolgt. (Ueber die Fälle, in denen Heilung erzielt wurde, habe ich schon auf dem Congresse berichtet.) In der Mehrzahl jedoch hat die weitere Beobachtung ein Stationärbleiben der Erscheinungen oder noch häufiger eine wesentliche Verschlimmerung des Zustandes ergeben, so dass der von mir noch mit Aussicht auf Heilung und mit der Signatur: „beschränkte Erwerbsfähigkeit“ entlassene Kranke später nach den mir vorliegenden durchaus beweisenden Gutachten anderer Aerzte (besonders sind es Medicinalbeamte) für völlig erwerbsunfähig und dauernd unheilbar erklärt wurde. Auch bei demselben objectiven Befund kam es vor, dass der Medicinalbeamte einen von mir für theilweise erwerbsfähig erklärten Verletzten als völlig erwerbsunfähig bezeichnete.

Eine Summe interessanter Einzelheiten würde an dieser Stelle mitzutheilen sein. Vor Allem möchte ich die Thatsache hervorheben, dass relativ häufig aus einem Zustand, auf den man die Bezeichnung locale traumatische Neurose im Sinne Strümpell's hätte anwenden können, sich im späteren Verlauf eine allgemeine Neurose oder Psychose entwickelte. Zu der Parese und Anästhesie des Beiens gesellte sich die des Armes der entsprechenden Seite oder eine allgemeine Lähmung und Anästhesie mit psychischen Störungen und Krämpfen. Mehrfach heisst es: »Der Patient bietet jetzt das Bild völligen geistigen und körperlichen Verfalls« oder der zur Zeit meiner Untersuchung noch gehfähige Mann ist nach späterem Gutachten völlig gelähmt und dauernd an's Bett gefesselt.

In mehreren Fällen kam es zu Denunciationen durch die Nachbaren und andere Personen, die gesehen haben wollten, dass der X, wenn er unbeobachtet sei, sich freier bewege etc., auch wurden derartige Recherchen von den Behörden und Aerzten selbst angestellt, und zwar bis auf ganz vereinzelte Ausnahmen mit einem für den Kranken durchaus günstigen Ergebniss, nur einmal schienen die Belastungen so gravirend, dass eine Herab-

setzung der Rente beantragt wurde; vom ärztlichen Standpunkt aus betrachtet, lag jedoch kein Grund zu dieser Entschliessung vor, da die Intensität der Lähmungserscheinungen bei den Neurosen eine wechselnde ist und namentlich von dem jeweiligen Grade der Schmerzhaftigkeit abhängt, es steht die Entscheidung noch aus.

Einer der Fälle, in welchem ich sehr wenig Objectives gefunden, aber dennoch auf Grund des psychischen Zustandes mein Gutachten positiv abgefasst hatte, ist der später von Sperling beobachtete und post mortem von ihm und Kronthal untersuchte; ich war erfreut, als ich entdeckte, dass auch dieser Fall unserer Beobachtung entstammt und in einem sehr frühen Stadium von mir das Leiden erkannt war.

Sehr häufig habe ich erst nach wiederholten Kämpfen mit anderen Collegen meine Ansicht zur Herrschaft gebracht und der weitere Verlauf der Krankheit hat mein Urtheil gerechtfertigt, so dass die Aerzte, die ursprünglich für Simulation votirten, nachher sich gutachtlich in meinem Sinne äusserten.

Einmal habe ich bei einem durch Eisenbahnunfall Verunglückten ein Nervenleiden so geringfügiger Art constatirt, dass ich Heilung in wenigen Monaten in Aussicht stellte und die Erwerbsfähigkeit nur wenig beeinträchtigt hielt. Die in den folgenden Jahren von Dr. Sperling und Medicinalrath Long vorgenommenen Untersuchungen haben zwar meine Diagnose, aber nicht die Prognose bestätigt, es stellte sich schliesslich eine Summe objectiver Krankheitszeichen ein und es wurde mit vollem Recht auf völlige Erwerbsunfähigkeit erkannt.

Bei einem anderen, der durch die Mehrzahl der Berliner Krankenhäuser ging und überall unter dem Verdict der Simulation entlassen wurde, constatirte ich die Erscheinungen einer traumatischen Neurose und hielt ihn in seiner Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Meinem Gutachten schloss sich das des Vertrauensarztes und eines consultirten Physicus an; der Zustand blieb zunächst unverändert, dann folgte ein Stadium der

Verschlimmerung und circa 1 Jahr nach meiner Begutachtung der Tod, der ebenfalls auf den Unfall zurückgeführt werden musste. (In meiner Monographie ist irrthümlich in Folge einer Verwechslung von Fall I berichtet, dass er tödtlich ausging.)

Bei einer durch Sturz Verletzten ist mein Gutachten mit hartnäckigster Consequenz von dem Vertrauensarzte bekämpft worden, bis schliesslich dieser selbst noch das Gutachten des Prof. Bernhardt einfordern liess, das sich in allen Stücken dem meinigen anschloss, und der inzwischen unter steter Verschlimmerung ihres Leidens hingehaltenen Person endlich zu ihrem Rechte verhalf.

Ich kann dieses Capitel nicht abschliessen ohne Hinweis auf die Gründe, welche eine Berufsgenossenschaft veranlassten, mir den Einblick in das Aktenmaterial der von mir auf ihre Veranlassung früher begutachteten Fälle zu verweigern. Auf mein Gesuch erwiderte der Vorstand der Section, dass die von mir berührten Fälle die sog. traumatische Neurose beträfen, d. h. eine Krankheit, über deren Vorhandensein bezw. Entstehungsursachen unter den Herren Aerzten zur Zeit sehr erhebliche Meinungsverschiedenheiten herrschen. Schliesslich heisst es: »Die grössere Zahl der genannten Fälle ist ebenso wie der vor Kurzem besprochene Fall D. (s. u.) bereits in den 3 Instanzen entschieden, wir möchten nicht von Neuem denselben Weg in denselben Fällen durchmachen.« Ein neues Gesuch meinerseits, worin ich versprach, zu einer Wiederaufnahme des Verfahrens meinerseits keine Veranlassung zu geben, wurde wiederum abgelehnt. Wie ich schon hervorhob, bin ich trotzdem in den Besitz der entscheidenden ärztlichen Gutachten und schiedsgerichtlichen Urtheile gelangt und habe die Erklärung für die Weigerung gefunden.

Es wird diese Genossenschaft berathen von zwei Vertrauensärzten (resp. einem Vertrauens- und Schiedsgerichtsarzt), mit deren Gutachten ich mich fast niemals einverstanden erklären konnte, da sie fast in jedem Falle, der zu meiner Kenntniss

gelangt ist, auf Simulation erkannten und zwar mit einer oberflächlichen, unrichtigen und unwissenschaftlichen Motivirung derselben. Die Blütenlese aus Simulationsgutachten, welche ich auf dem Congress vorgelegt habe, will ich hier nicht wiedergeben.

Ich will nur den Fall D. berühren, auf den sich der Vorstand der Section berufen hat. Dieser ist von ganz besonderer Wichtigkeit für die Beurtheilung der Simulationsfrage im Allgemeinen. Er kann als Typus der Categorie von Fällen dienen, in welchen ein Kranker unter der Beschuldigung der Simulation fortdauernd hingehalten, von einem Krankenhaus resp. einer Poliklinik zur anderen wandert, und erst am Ende seiner Irrfahrt, nachdem sich ein nach meinem Dafürhalten voraussichtlich unheilbarer Zustand herausgebildet hat, zu seinem Rechte gelangt.

Der Mann hat um Weihnachten 1888 eine Kopfverletzung dadurch erlitten, dass ihm aus der Höhe der II. Etage ein ca. 8 m langes Brett auf den Kopf fiel. Es entwickelten sich bei ihm die Zeichen eines Hirnleidens: Kopfschmerz, Schwindel, Verstimmung, Angstzustände, Lähmungssymptome. Nachdem er anfangs für krank befunden, wird ihm später auf Grund eines Gutachtens des Vertrauensarztes, der ihn auf einem Widerspruch bei der Sensibilitätsprüfung zu ertappen glaubt und für einen Simulanten erklärt, die Rente entzogen. So gilt er fortdauernd als Simulant, bis ihn die Verschlimmerung seines Zustandes der Charité zuführt. Gegenwärtig ist er geisteskrank: Gesichtsausdruck und Gebahren tragen das Gepräge tiefer Verstimmung, er ist verschlossen, beschäftigt sich nur mit seinem Leiden, sitzt den ganzen Tag zusammengekauert in einer Ecke, wird von Sinnestäuschungen gequält und von Wahnvorstellungen beherrscht, es treten Zustände hallucinatorischer Erregtheit auf, zeitweise heftige Schweissausbrüche, Zittern, Anfälle nervösen Herzklopfens, Zustände von localer Asphyxie der Extremitäten etc. Was den Verdacht der Simulation hier, besonders

bei Aerzten, die derartige Kranke nicht häufiger sehen, zu wecken im Stande ist, ist der eigenthümliche Gang, Pat. geht wie ein Betrunkener, aber in scheinbar übertriebener Weise, er taumelt mehr und unter stärkeren Bewegungsexcursionen als man es sonst bei Hirnkranken zu sehen gewohnt ist, er selbst bezieht die Gehstörung auf Schwindel und hat damit offenbar Recht, da alles, was im Stande ist, Schwindel hervorzurufen, das Schwanken erheblich steigert, aber ich glaube nicht, dass dieses Moment allein ausreicht, sondern dass noch hypochondrische Vorstellungen im Spiele sind.

Ferner kommen bei der Sensibilitätsprüfung scheinbare Widersprüche vor, die aber einfach sich erklären aus dem psychischen Zustande des Kranken, welcher eine dauernde Fixation der Aufmerksamkeit nicht gestattet. Und das ist die Klippe der Untersuchung, an der so mancher scheitert. Bei der Wichtigkeit dieses Falles lasse ich mein Gutachten folgen[1].

Aerztliches Attest.

Der Steinträger D., welcher seit dem 19. September d. J. in der Nervenklinik der Königl. Charité behandelt wird, klagt über Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Unsicherheit des Ganges, Schlaflosigkeit, Augenflimmern, Zittern und allgemeine Körperschwäche. Er bezieht diese Beschwerden auf eine Kopfverletzung, die er um Weihnachten 1888 dadurch erlitten haben will, dass ihm aus der Höhe der zweiten Etage ein ca. 8 m langes Brett auf den Kopf fiel. Er will das Bewusstsein verloren, sich aber, da er eine schwere äussere Verletzung nicht erlitt, bald soweit erholt haben, dass er zum Arzt gehen konnte. Im Augusta-Hospital sei er dann ca. 4 Wochen lang an »Gehirnerschütterung« behandelt worden. In der Folgezeit fand er in verschiedenen

[1]) Ich hatte den Kranken mit in die Gesellschaft geführt, konnte ihn aber wegen der vorgerückten Zeit nicht mehr demonstriren.

Krankenhäusern und Polikliniken Aufnahme, da der Versuch, die Arbeit wieder aufzunehmen, immer wieder scheiterte und das Leiden stetig Fortschritte machte.

Die objective Untersuchung des pp. D. führte zu folgendem Ergebniss: Der Gesichtsausdruck hat das Gepräge tiefer Verstimmung und dem entspricht auch das Wesen und Verhalten des Patienten, der stets verschlossen, misstrauisch, in sich gekehrt ist, an den Vorgängen in seiner Umgebung nur geringen Antheil nimmt und seine ganze Aufmerksamkeit dem eigenen Leiden zuwendet. Ausser der Stimmungsanomalie treten Erscheinungen hervor, die auf Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen hinweisen: er wähnt sich von allen Menschen beobachtet, bezieht indifferente Aeusserungen und Bewegungen seiner Mitpatienten auf sich: man sagt ihm Schlechtes nach, beschuldigt ihn des Betruges, der Tagedieberei[1]) etc.

Während der Untersuchung stellt sich bei dem D. ein Zittern ein, das sowohl einzelne Muskelbündel ergreift (fibrilläres Zittern) als auch ganze Muskeln und Muskelgruppen und dadurch ein Vibriren des Kopfes und der Extremitäten hervorruft. Wenngleich dasselbe nicht constant ist, ist es sicher krankhaft und kann in dieser Art und Intensität nicht vorgetäuscht werden; es steigert sich besonders bei seelischen Erregungen.

Die Musculatur der Extremitäten befindet sich meistens in einem Zustande tonischer Anspannung von wechselnder Intensität, besonders stark ist auch diese ausgeprägt, wenn der Kranke von Angst oder Erregung ergriffen wird. Die Sehnenphänomene sind an den oberen wie an den unteren Extremitäten gesteigert, ebenso ist die mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven[2]) abnorm erhöht. Die Haut an den Händen und an den Füssen

---

[1]) Auf Grund dieser Vorstellungen kam es einigemale zu heftigen Erregungszuständen. Einmal glaubte er, dass ein Wärter ihm Gift in das Getränk gemischt habe etc.

[2]) Durch einen Schlag mit dem Percussionshammer kann man von den meisten oberflächlich gelegenen Nerven aus (namentlich vom N. ulnaris

fühlt sich kühl an und fällt zuweilen — D. klagt dann über ein Gefühl der Vertaubung — durch die Blässe[1]) auf, welche besonders stark an den Fingern hervortritt.

Von Zeit zu Zeit kommt es zu starken Schweissausbrüchen.

Die active Beweglichkeit der Extremitäten ist erhalten, die Kraftleistung indess verringert, und zwar besonders im rechten Arm und rechten Bein.

Ganz erheblich beeinträchtigt und modificirt ist der Gang: D. muss sich festhalten, um nicht zu fallen, taumelt von einer Seite zur anderen, wie Jemand, der von Schwindel ergriffen ist. Diese Empfindung führt er auch selbst als Erklärung an, und es lässt sich nachweisen, dass alle die Momente, die einen bestehenden Schwindel zu steigern vermögen (mehrmaliges Kehrtmachen etc.) die Unsicherheit des Ganges beträchtlich erhöhen. Dass Simulation auch hierbei nicht im Spiel ist, geht aus den Veränderungen hervor, welche die Herzthätigkeit beim Gange — und auch bei anderen leichten Anstrengungen und seelischen Erregungen — erleidet; es wird nämlich hierbei die Pulsfrequenz auf eine Schlagzahl von 120—140 pro Minute beschleunigt.

Zweifellos besteht auch eine Abschwächung der Intelligenz und des Gedächtnisses, indem namentlich die Geschehnisse der jüngsten Vergangenheit sich in der Erinnerung nicht genügend fixirt haben.

Ueber das Verhalten des Gefühls (der Sensibilität) ist kein klares Urtheil zu gewinnen, jedenfalls ist dasselbe nicht wesentlich herabgesetzt und sind die Angaben des D. in dieser Hinsicht so widerspruchsvoll, wie es bei psychisch-kranken Personen, die ihre Aufmerksamkeit nicht genügend beherrschen, häufig beobachtet wird, namentlich wenn die Anomalien der Empfin-

---

Radialis und Peroneus) lebhafte Zuckungen in dem gesammten entsprechenden Muskelgebiet hervorrufen.

[1]) In späterer Zeit wurde mehrfach eine starke Cyanose beobachtet.

dung nicht so beträchtlich sind, dass sie sich auch bei abschweifender Aufmerksamkeit in's Bewusstsein drängen.

Nach meiner ärztlichen Ueberzeugung leidet D. an einer Erkrankung des Nervensystems, und zwar in erster Linie an einer Seelenstörung, ausserdem an nervösen Beschwerden, wie sie bei der sogen. Neurasthenie beobachtet werden. Auch wenn mir die Vorgeschichte des Krankheitsfalles unbekannt wäre, würde mein erster Verdacht der sein, dass die Affection durch eine Kopfverletzung hervorgerufen sein möchte, da ein Leiden wie das vorliegende besonders häufig seine Ursache in einer Kopfverletzung oder allgemeinen Erschütterung hat. Da eine derartige Verletzung hier stattgefunden und sich die Krankheitssymptome im Anschluss an dieselbe entwickelt haben, halte ich es für im hohen Maasse wahrscheinlich, dass die im Jahre 1888 stattgehabte Kopfverletzung die Ursache des gegenwärtig bestehenden Leidens ist.

Im Widerspruch zu dieser Auffassung stehen die bei den Acten befindlichen Gutachten mehrerer Aerzte, die den D. untersucht haben. Auf eine Kritik derselben muss ich jedoch verzichten, da aus keinem derselben hervorgeht, in wie weit eine gründliche, sich auf alle Functionen des Nervensystems erstreckende und das psychische Verhalten berücksichtigende Untersuchung vorgenommen worden ist. Nur ein Punkt sei hervorgehoben. In einem der Gutachten wird D. der Simulation bezichtigt, nachdem er bei der Gefühlsprüfung auf einem Widerspruche ertappt zu sein scheint. Derartigen scheinbaren Widersprüchen begegnen wir bei Untersuchung von Nerven- und namentlich von Geisteskranken auf Schritt und Tritt; meistens giebt jedoch eine weitere, eingehendere Beobachtung die Erklärung für diese Widersprüche, die nicht in den Erscheinungen selbst, sondern in unserer Beurtheilung derselben beruhten. Sie haben daher gar kein Gewicht, wenn objective Krankheitszeichen vorliegen.

Man könnte noch dem Verdachte Raum geben — und er ist auch von anderer Seite ausgesprochen worden —, dass andere Verhältnisse: häusliche Misère, der misslungene Versuch, sich widerrechtlich in den Genuss einer Unfallsrente zu setzen etc. das jetzt bestehende psychische Leiden hervorgerufen hätten. Das halte ich jedoch für mindestens sehr unwahrscheinlich, da, wie aus den Acten hervorgeht, die subjectiven Beschwerden (Kopfschmerz, Schwindel, Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten etc.) früher dieselben gewesen sind und zwischen diesen und dem objectiven Befunde gegenwärtig eine volle Harmonie besteht; dagegen deutet Alles darauf hin, dass das Leiden aus geringen Anfängen heraus sich allmälig zu der jetzt bestehenden Intensität fortentwickelt hat, und hierbei mögen die aus der Verkennung des Zustandes von Seiten der ihn untersuchenden Aerzte resultirenden psychischen Erregungen auf die Entwicklung des Leidens fördernd gewirkt haben.

D. giebt zu, Spirituosen früher in grossen Quantitäten genossen zu haben. Symptome des chronischen Alkoholismus konnte ich bei ihm nicht auffinden, indess ist es möglich, dass der Abusus spirituosorum eine Prädisposition geschaffen hat, da erfahrungsgemäss Potatoren durch Kopfverletzungen gemeiniglich schwerer geschädigt werden.

Der pp. D. ist in seinem gegenwärtigen Zustande völlig erwerbsunfähig. Dass eine gänzliche Wiederherstellung in absehbarer Zeit eintritt, halte ich für ausgeschlossen.

Berlin, den 22. October 1890.

Dr. Oppenheim,
Oberarzt an der Nervenklinik
der Kgl. Charité.

Die Mittheilung dieses einen Falles statt vieler mag genügen, um zu zeigen, dass ich die Vertrauensärzte dieser Genossenschaft sachlich häufig anzugreifen genöthigt war, dadurch habe ich ihre persönliche Gegnerschaft erworben und der Vorstand hat mir

bei meinen Recherchen nicht das Entgegenkommen gezeigt, das ich bei den übrigen Behörden gefunden habe. Wie Sie erkennen, bin ich doch zum Ziele gelangt und um keinerlei Missverständniss obwalten zu lassen, resümire ich noch einmal:

In 68 von 73 begutachteten Fällen habe ich Einsicht in die ärztlichen Aussagen und gerichtlichen Entscheidungen, sowie Kenntniss von dem weiteren Verlauf erhalten. Was die 5 übrigen anlangt, so liegen die Acten von dreien gegenwärtig dem Schiedsgericht oder Reichsversicherungsamt vor, von einem habe ich auf keine Weise über den weiteren Verlauf etwas ermitteln können, das Gutachten wurde ihm selbst eingehändigt und ich habe trotz eifriger Nachforschungen seinen gegenwärtigen Aufenthalt nicht feststellen können. Von einem anderen waren die Acten nicht aufzufinden, aber es steht fest, dass er krank war. Unter den 3, deren Acten zur Zeit noch dem Schiedsgericht vorliegen, ist einer, bei dem Prof. Mendel nichts Objectives fand und den er für unglaubwürdig erklärte, während ich später nach zweimonatlicher Beobachtung im Krankenhause die Zeichen eines Nervenleidens constatirte, dessen Zusammenhang mit der Verletzung ich für wahrscheinlich hielt, wenn sie so stattgefunden, wie der Mann angiebt und dessen Erwerbsfähigkeit ich nicht aufgehoben, aber beschränkt fand. Herr Mendel, der ihn dann wieder untersuchte, bleibt auf seinem Standpunkt; die schiedsgerichtliche Entscheidung steht aus.

Unter den 68 findet sich einer, bei dem eine nachträgliche, einige Monate nach meiner Begutachtung stattfindende Untersuchung, im Gegensatz zu derselben, nichts Objectives ermittelte; jedenfalls wird es erreicht, dass ihm die Rente entzogen wird; ich will diesen Fall als einen unsicheren bezeichnen, er mag meinetwegen verwerthet werden, um an ihm zu beweisen, dass ich auch von einem Betrüger einmal (unter 68 Fällen einmal) getäuscht werden kann; in allen übrigen hat die weitere Untersuchung und Beobachtung meine Ergebnisse in diagnostischer Hinsicht immer bestätigt.

Nun komme ich zu allgemeineren Gesichtspunkten:

Ich habe mir häufig die Frage vorgelegt, wie es kommt, dass so oft in Fällen dieser Art und zuweilen auch von tüchtigen Aerzten die Krankheit verkannt und Simulation angenommen wird. Abgesehen von den schon früher erörterten Gesichtspunkten, beantwortet sich dieselbe folgendermassen. Zunächst giebt es eine allerdings nur sehr geringe Anzahl von Fällen, in denen in der That nur subjective Beschwerden vorliegen und die gründlichste Untersuchung selbst eines sachkundigen Arztes nichts Objectives ergiebt. Diese Fälle muss ich als überaus selten bezeichnen, aber es sind diejenigen, in welchen es berechtigt sein kann, die Entscheidung gänzlich offen zu lassen.

Ferner sind die Krankheitserscheinungen in einem Theil der Fälle wechselnde, so dass die zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen Untersuchungen zu differenten Resultaten gelangen, es ist das eine für viele Nervenkrankheiten längst festgestellte Thatsache.

Die meisten Fehler sind darauf zurückzuführen, dass die psychische Störung nicht erkannt wird[1]). Nur derjenige Arzt, der auch sonst Gelegenheit hat, psychisch-kranke Personen zu beobachten und zu behandeln, ist im Stande, sich über die in Frage kommenden Krankheitsformen ein richtiges Urtheil zu bilden. Der Arzt, dem diese Uebung und Erfahrung fehlt, steht diesen Fällen kaum anders gegenüber wie ein Laie und wird genau wie dieser, wenn er den blühenden körperlichen Gesundheitszustand sieht, dessen sich wenigstens ein kleiner Theil unserer Kranken erfreut, oder die aus der psychischen Störung resultirenden Eigenthümlichkeiten des Charakters verkennt, zunächst an Simulation denken.

Nun betrachte man dagegen den Ausspruch des Herrn Seelig-

---

[1]) Dieser Auffassung, die ich schon auf dem Congresse betonte, schloss sich Herr Professor Hitzig voll und ganz an, aber die Unterstützung, die ich bei der „Minorität" fand, findet keine Gnade in den Augen des Herrn Seeligmüller, er schweigt über diesen Punkt.

müller: »Darüber endlich, dass psychische Störungen, wie sie Oppenheim als charakteristisch für die traumatische Neurose hingestellt hat, leicht simulirt werden können, sind wohl Alle einig.“

Ja, m. H., dass geistige Störungen jeder Art simulirt werden können, ist eine feststehende und seit langer Zeit bekannte Thatsache, das beweist uns schon eine gute schauspielerische Darstellung der Rolle eines Lear, einer Ophelia u. a. Es wird aber trotzdem wohl Keinem in den Sinn kommen, den Krankheitserscheinungen der Psychosen den Werth objectiver Symptome abzusprechen. Es giebt eben nur vereinzelte gute Schauspieler und sie sind es geworden nach langer, mühevoller, gründlicher Schulung — unter unseren verletzten Arbeitern oder Betriebsbeamten finden sie sich gemeiniglich nicht und nichts halte ich für schwieriger, als die consequente Simulation einer psychischen Störung in auch nur annähernd charakteristischer Weise. Ich kann in dieser Hinsicht auf die weit umfassenderen Erfahrungen Anderer — ich erwähne nur Moeli[1]) — verweisen. Deshalb sind wohl „Alle einig“, dass die psychischen Anomalien zu den wichtigsten Symptomen der traumatischen Neurosen gehören.

Ich will bei der Gelegenheit einschalten, dass es glücklicherweise eine Anzahl auch den eifrigsten Gegner der traumatischen Neurosen überzeugender „objectiver“ Symptome giebt, von denen ich ausser den schon mitgetheilten nach meinen neueren Erfahrungen besonders noch die Pupillendifferenz, die sich in nicht wenigen Fällen dieser Art findet, mehr als es bisher geschehen, hervorheben möchte, und zwar ist es meistens die Erweiterung der Pupille auf der Seite, auf welcher sich die Störungen der Motilität und Sensibilität finden, sowie die anfallsweise in Angstzuständen auftretende Pupillendifferenz. Es ist mir vorgekommen, dass nur dieses eine Zeichen den Kranken vor der Simulationsbeschuldigung rettete: die Hemiparese, die

---

[1]) Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888. Kornfeld.

Contractur, die Hemianästhesie sollte Product der Simulation sein . . . da wies ich auf die Pupillen und fragte: kann er sich auch willkürlich die eine weiter, die andere enger machen? Es ist sehr zu beachten, dass sich diese Differenz manchmal am stärksten oder überhaupt nur bei mittlerer Beleuchtung geltend macht.

Es ist hier der Ort, auf die Bedeutung der concentrischen Gesichtsfeldeinengung einzugehen. Es ist das ja der am meisten umstrittene Punkt und nach der Seeligmüller-schen Darstellung der Congressverhandlungen könnte es den Anschein haben, als ob ich allein bei meinen Kranken diese Erscheinung finde und ich allein ihr Werth beilege. Ich wäre wirklich stolz darauf, wenn es ausschliesslich mein Verdienst wäre, dieses Krankheitszeichen bei den an traumatischen Neurosen Leidenden aufgefunden zu haben. Ist denn Herrn Seeligmüller die französische Literatur so ganz unbekannt, dass ihm die zahlreichen Untersuchungen und Beobachtungen aus der Charcot'schen Klinik entgangen sind? Ist es nicht eine, durch unzählige Beobachtungen festgestellte Thatsache, dass die concentrische Gesichtsfeldeinengung ein recht häufiges Symptom der functionellen Neurosen ist? Verwunderung muss es nun erregen, dass gerade diejenigen deutschen Autoren, welche die traumatische Neurose mit der Hysterie identificirt wissen wollen, eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes so gut wie niemals bei ihren Kranken beobachtet haben. Indess haben auch bei uns die Beobachtungen von Walton und Putnam, Thomsen und mir etc. zahlreiche Bestätigungen gefunden: Eisenlohr[1]), den man so gern gegen mich anführt, sagt: „dass Fälle mit ausgesprochenen psychischen Symptomen, mit tiefer hypochondrischer Verstimmung, mit epileptischen Zuständen, mit exquisiten Hyperästhesien der Sinnesnerven, mit Herabsetzung

---

[1]) Bemerkungen über die „traumatische Neurose". Berliner klin. Wochenschr. 1889. No. 52.

der Sinnesfunctionen, mit Einschränkung des Gesichtsfeldes, mit ausgeprägten Störungen der Herzinnervation, mit ausgesprochener Polyurie und Meliturie, mit Pupillenanomalie und Atrophie des Opticus, mit tiefen allgemeinen Störungen der Ernährung, kurz mit allen den von Oppenheim geschilderten Krankheitssymptomen in mannigfacher Combination der letzteren vorkommen und nicht selten vorkommen, in denen eine genaue Untersuchung mit voller Sicherheit auszusprechen erlaubt: „Hier liegt eine schwere Neurose vor, die auf das Trauma zurückzuführen ist und Simulation ist durchaus ausgeschlossen — diese Quintessenz der Oppenheim'schen Argumentation möchte auch ich in vollem Maasse anerkennen.“

Aus der Strassburger Klinik Jolly's den man auch versucht hat, als einen Gegner meiner Ansichten in der Simulationsfrage darzustellen, ist eine Abhandlung hervorgegangen, die bezüglich der Gesichtsfeldeinengung zu denselben Resultaten kommt, wie Thomsen und ich:

„Um das Gesagte nochmals kurz zusammenzufassen, so können wir uns im Allgemeinen den Ansichten von Thomsen und Oppenheim anschliessen. Die geringen Abweichungen dürften denjenigen Befunden entsprechen, welche auch die beiden Berliner Autoren nicht unter ihre allgemeinen Gesichtspunkte unterordnen konnten[1]).

Benedikt hat auf dem letzten Congresse die Häufigkeit der Gesichtsfeldeinengung in Fällen dieser Art betont.

Strümpell[2]) sagt in seinem Vortrag von den Störungen in den sensoriellen Functionen: „Das Verdienst, auf die Häufigkeit ihres Vorkommens gerade bei den traumatischen Neurosen hingewiesen zu haben, gebührt unter den deutschen Aerzten vorzugsweise Thomsen und Oppenheim. Die Kenntniss dieser Symptome ist gerade für den praktischen Arzt so wichtig, weil

[1]) L. Wolff: Ueber Gesichtsfeldeinengungen bei allgemeinen Neurosen. Strassburg 1890.

[2]) Ueber die traumatischen Neurosen. Berlin 1888.

dieselben sich objectiv meist leicht feststellen und formuliren lassen und daher für die Begründung eines etwa abzugebenden Gutachtens sehr verwerthbar sind. „Im Gebiete des Gesichtssinnes findet man einfache Abnahme der Sehschärfe etc. oder deutliche Einengung des Gesichtsfeldes.“

In einer Arbeit Kriege's[1]) aus der Naunyn'schen Klinik werden 3 Fälle von traumatischer Neurose mitgetheilt, unter diesen wird bei 2 die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes gefunden.

Des Weiteren verweise ich auf die Casuistik von Bernhardt und Bruns[2]) sowie ganz besonders auf die werthvollen Beobachtungen Wilbrand's[3]), eines Augenarztes, der zweifellos als einer der competentesten auf dem Gebiet der Gesichtsfeldmessung betrachtet werden kann. »Und wie verschieden von diesen sind ihrer Entstehungsweise und ihrer klinischen Erscheinung nach die minder hochgradigen concentrischen Gesichtsfeldeinschränkungen bei vielen traumatischen Neurosen, die durch Jahre hindurch nur eine geringe Schwankung in ihrer Ausdehnung zeigen, ohne dass die Gesichtsfeldgrenzen durch systematische

---

[1]) Ueber vasomotorische Störungen der Haut bei der traumatischen Neurose. Westphal's Arch. Bd. XXII. 1890. Kriege kommt zu dem folgenden Schluss: „Begnügen wir uns vorläufig damit, das klinische Bild der traumatischen Neurose so viel als möglich auszubauen! Jedes objectiv nachweisbare Symptom ist für den Arzt von hohem Werthe. Auch wir befürchten mit Oppenheim, es könnten die von Schultze und Seeligmüller jüngst geäusserten Bedenken in der ärztlichen Welt (vielleicht missverständlich) dahin gedeutet werden, dass es sich bei der traumatischen Neurose für den Arzt vor Allem darum handle, Simulanten zu entlarven. Unserer Meinung nach ist die Symptomatologie dieser Krankheit bereits so weit sicher gestellt, dass das Studium und die Kenntniss derselben vor der gefürchteten Simulation recht sicher, und sicherer wie die Anwendung einzelner Kunstgriffe schützt.“

[2]) Zur Casuistik der traumatischen Neurosen. Neurolog. Centralbl. 1889. No. 5 u. 6.

[3]) Ueber typische Gesichtsfeldanomalien bei functionellen Störungen des Nervensystems. Sonder-Abdruck aus den Jahrbüchern der Hamburger Staatskrankenanstalten. I. Jahrg. 1889.

Ermüdung der Augen eine Verschiebung dabei erfahren.« (Siehe ferner S. 25—27, 46 u. 47 der Wilbrand'schen Schrift.)

Nun haben allerdings Hitzig, Rumpf[1]), Hoffmann u. A. angegeben, dass sie dieses Symptom nur selten beobachtet haben, obgleich ihre Patienten auch in der Augenklinik untersucht wurden. Dass die Gesichtsfeldprüfungen durch einen Augenarzt vorgenommen werden, halte ich nicht für nothwendig. Jeder Arzt und namentlich jeder Nervenarzt muss mit diesen Untersuchungen vertraut sein. Nichtsdestoweniger hat es sich auch in unseren Fällen so gestaltet, dass die perimetrischen Prüfungen häufig von Professor Uhthoff controlirt und bestätigt wurden; auch habe ich Fälle beobachtet und begutachtet, in denen die concentrische Gesichtsfeldeinengung in der Augenklinik des Herrn Geheimrath Schweigger gefunden wurde; bei Anderen, die ich in der Klinik des Herrn Geheimrath v. Bergmann zu sehen Gelegenheit hatte, fand ich eine concentrische Gesichtsfeldeinengung, die ebenfalls durch eine Prüfung in der Schweigger'schen Klinik nachgewiesen wurde. So kommt es, dass ich mich, obgleich ich das keineswegs für nöthig halte, auch auf eine augenärztliche Untersuchung competentester Art berufen kann.

Wie ist es nun zu deuten, dass ich das Symptom sehr häufig gefunden habe, Andere, denen eine grosse Erfahrung zu Gebote steht, wie Hitzig, dasselbe nur selten nachwiesen? Es ist das eine Erscheinung, der wir häufig begegnen, dass ein bestimmtes Krankheitssymptom von dem einen sehr häufig, von dem anderen Beobachter sehr selten gefunden wird. Die Differenzen können zufällige sein, sie können in der Beschaffenheit des Untersuchungsmaterials liegen, sehr häufig aber beruhen sie auf dem Umstande, dass der eine ein grosses Gewicht auf das Symptom

---

[1]) Nicht ohne Interesse ist es, dass Rumpf bereits auf dem Congresse erklärte, dass manche der von ihm zuerst für Simulanten gehaltenen Personen später von ihm als krank erkannt worden seien.

legen zu müssen glaubt, daher in jedem Falle gründlich und wiederholentlich nach demselben fahndet, während der Andere von vornherein demselben weniger Bedeutung beimessend — sich mit einer einmaligen Untersuchung begnügt und geringeren Abweichungen keinen Werth beimisst.

Ich habe nun diese Erscheinung besonders ins Auge gefasst und versäume bei wichtigen Untersuchungen niemals, eine sorgfältige perimetrische Prüfung vorzunehmen und dieselbe selbst mehrfach zu wiederholen. Dabei bin ich zu dem Ergebniss gelangt, dass sich diese Störung des excentrischen Sehens in der grösseren oder wenigstens einer grossen Anzahl der Fälle findet, und habe auch geringeren, aber nach den vorliegenden Erfahrungen sicher pathologischen Abweichungen von der Norm Bedeutung zugeschrieben, wenn sie sich als constant erwiesen und die Beschränkung sich auf der auch sonst betroffenen Körperseite fand.

Man muss sehr häufig Nervenkranke dieser Art, die keine Entschädigungsansprüche zu erheben haben, untersucht haben, um die Rolle, welche dieses Krankheitssymptom spielt, reeht würdigen zu können.

Wie verhält es sich nun mit der Simulation der concentrischen Gesichtsfeldeinengung?

Ich habe niemals geleugnet, dass die concentrische Gesichtsfeldeinengung simulirt werden kann, aber es gehört dazu ein völliges Vertrautsein mit dem Wesen dieser Erscheinung, ein sorgfältiges Vorstudium am Perimeter. Aber von diesen Vorbedingungen glaube ich, dass sie so gut wie niemals erfüllt werden.

Es ist als Beweis der Simulation angeführt worden, dass in einzelnen Fällen dieser Art das Gesichtsfeld bei Prüfung in verschiedenen Entfernungen nicht die scheinbare Veränderung zeigte, welche der Oeffnung des Sehwinkels entsprechend erwartet werden musste. Nun auch diese Beweisführung beruht auf einer falschen Voraussetzung: Die Gesichtsfeldeinengung bei den func-

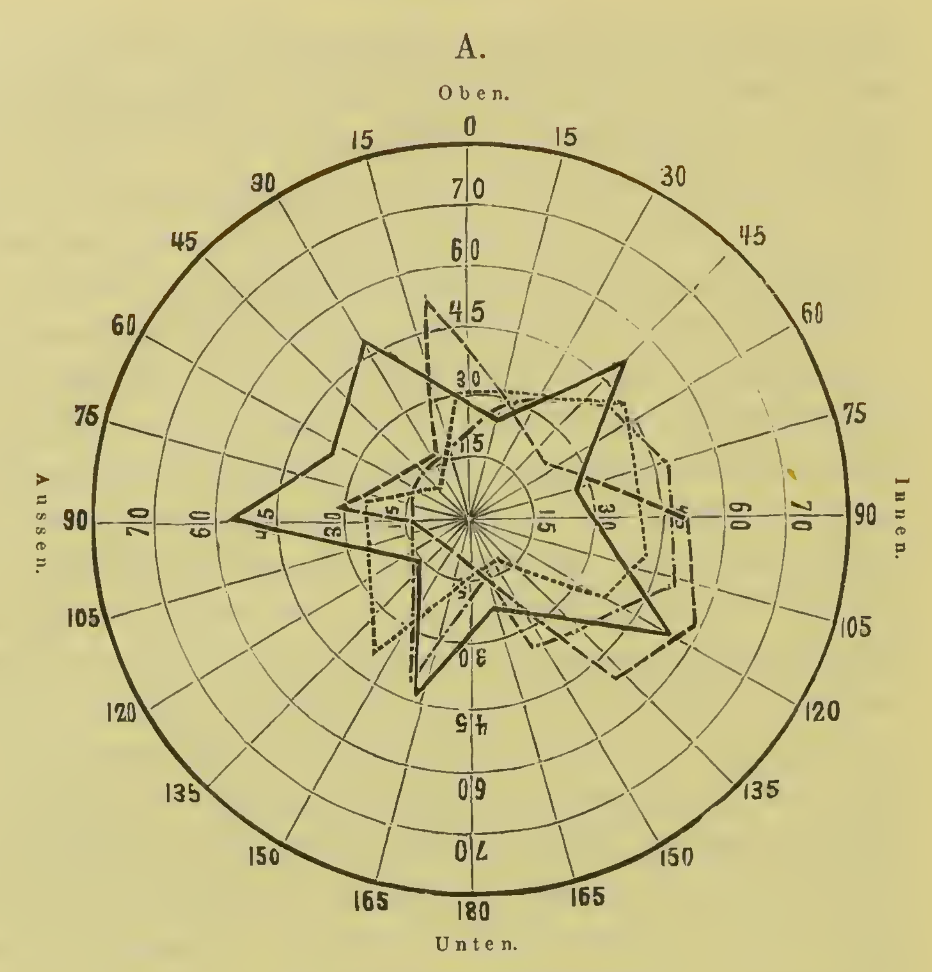
tionellen Neurosen wird, wie die Symptome dieser überhaupt, von ganz anderen Gesetzen beherrscht, als die entsprechenden Störungen bei organischen Hirnkrankheiten Wer immer nur eine Hemiplegie gewöhnlicher Art gesehen hat, wird bei der ersten Untersuchung einer sog. hysterischen Hemiplegie immer zunächst an Simulation denken.

Ich darf hier Bezug nehmen auf noch nicht veröffentlichte Untersuchungen des Collegen Wollenberg an Patienten der Krampfabtheilung der Charité, welche das Symptom der concentrischen Gesichtsfeldeinengung boten und keine Entschädigungsansprüche zu stellen und keinerlei Grund zur Simulation hatten, da hat sich denn auch gezeigt, dass in einem Theil der Fälle das Gesichtsfeld auf die Fläche projicirt bei Prüfung in weiterer Entfernung nicht die geringste Erweiterung zeigte. Herr Wollenberg machte mir über diesen Punkt folgende Mittheilung: »Wenn man bei Hysterischen mit concentrischer Gesichtsfeldeinengung an einer Tafel das Gesichtsfeld aufnimmt und durch allmäliges Abrücken des Patienten die Entfernung vom Fixirpunkt vergrössert, so lässt sich zwar in der Mehrzahl der Fälle ein deutliches, wenn auch langsames und meist nicht im bestimmten Verhältniss zur Entfernungszunahme stehendes Anwachsen des Gesichtsfeldes nachweisen, in einigen Fällen aber bleiben die Grenzen auch ganz unverändert.«

Herr College Wollenberg wird gewiss noch selbst über seine Erfahrungen berichten.

Ich habe aber noch einen anderen Weg eingeschlagen, ich habe Personen, die ein ganz normales Gesichtsfeld besassen, in Simulanten verwandelt, indem ich ihnen sagte: Stellen Sie sich einmal vor, Sie wollten mich täuschen und mir schlechtes Sehen vorsimuliren. Dabei stellte sich niemals eine concentrische Gesichtsfeldeinengung heraus, sondern ein Verhalten, welches durch die Zeichnung S. 44 illustrirt wird. Wie man sieht, hat ein solches Bild auch nicht die geringste Aehnlichkeit mit der concentrischen Gesichtsfeldeinengung, sondern ist

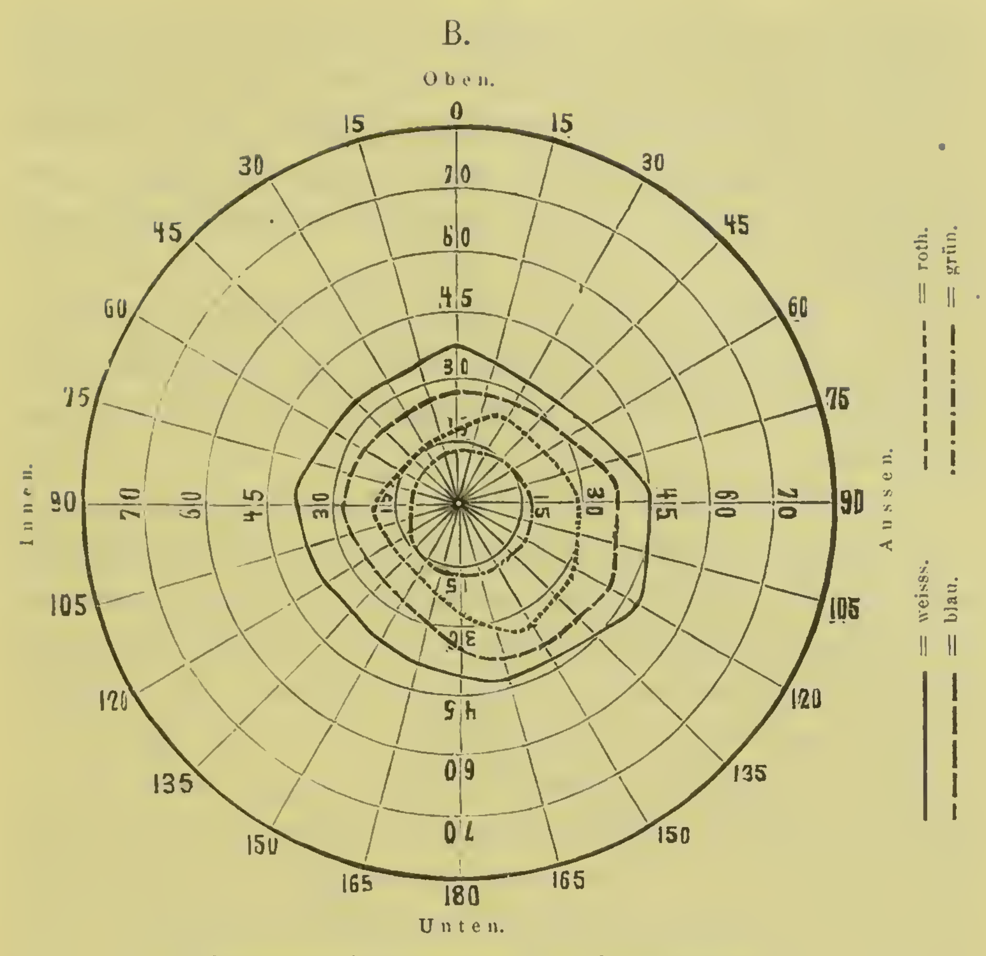
A.



A. Simulanten-Gesichtsfeld.

ein ganz unregelmässiges Durcheinandergreifen von Weiss und Farben mit sectorförmiger Einschränkung, wie sie bei Neurosen nach den vorliegenden Erfahrungen niemals beobachtet wird. [In der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten habe ich die Tafeln von 7 derartigen Untersuchungen demonstrirt, in einem zeigte sich zwar das Gesichtsfeld im Ganzen sehr eng, aber doch mit einem ganz systemlosen Durcheinandergreifen der Felder für Weiss und Farben in der in der Figur dargestellten Art.]

Das Symptom behält also seinen grossen diagnostischen Werth und ich kann nur Jedem, der es mit der Untersuchung dieser Fälle ernst nehmen will, dringend empfehlen, niemals auf eine sorgfältige Gesichtsfeldprüfung zu verzichten, auch ist die



B. Concentrische Einengung des Gesichtsfelds.

Prüfung weder eine besonders mühsame noch eine besonders zeitraubende, wie Herr Seeligmüller behauptet, wenngleich diese Thatsache uns auch keineswegs der Verpflichtung entheben würde, sie durchzuführen.

Ueber den Werth der Herzsymptome habe ich mich genügend ausgesprochen. Ihre Bedeutung ist so in die Augen springend, dass ich auf den Punkt nicht mehr einzugehen nöthig habe. Nur Herr Seeligmüller sagt: »Auch die gesteigerte Herzthätigkeit ist ohne Bedeutung, nicht nur, weil sie, wie Mendel hervorhob, auf Atherom beruhen kann u. s. w.« Hier hat Herr Seeligmüller zunächst den Mendel'schen Ausspruch völlig missverstanden. Aber selbst wenn er so gelautet hätte.

so kann ich doch einem Symptome seine Bedeutung nicht absprechen, weil es auch unter anderen Bedingungen vorkommt.

Mit demselben Schein von Recht könnte ich behaupten: »Die Pulsverlangsamung hat für die Diagnose: Hirntumor keine Bedeutung, weil sie auch bei Atheromatose der Kranzarterien vorkommt«.

Die nachträgliche Revision meiner Beobachtungen hat übrigens die gewiss bemerkenswerthe Thatsache festgestellt, dass die Fälle mit markanten Herzsymptomen alle ungünstig verlaufen sind.

Herr Mendel hat noch betont, dass in der Anamnese der jetzt als traumatische Neurose bezeichneten Krankheitsfälle, mit angeblich völliger Erwerbsunfähigkeit, oft genug schwerere Verletzungen vorkommen, welche vor der Unfallzeit sich ereigneten und nach kürzerem oder längerem Kranksein immer wieder zur völligen Erwerbsfähigkeit führten.

Die Bedeutung der gehäuften Unfälle ist in meiner Monographie ebenfalls hervorgehoben worden, aber es ist expost sehr schwierig, über die Schwere eines früheren Unfalls namentlich in seinen Beziehungen zum Nervensystem etwas Sicheres zu ermitteln; ein einfacher Schlag, der nur eine heftige Erschütterung des Armes ohne wesentliche äusserliche Läsion hervorrief (ich habe das besonders beobachtet, wenn herniederfallende Maschinentheile mit grosser Wucht auf den Gegenstand — Zange, Hammer etc. — herabstürzten, den der Arbeiter in der Hand hielt) kann in dieser Hinsicht viel wirksamer sein, als eine einer Amputation gleichkommende Durchschneidung einer Extremität. Und wie schwer ist es erst, die Intensität des begleitenden psychischen Shoks' zu ermitteln. Auch bleibt es zu berücksichtigen, dass die Häufung von Schädlichkeiten sich auch in der Aetiologie anderer Krankheitszustände als besonders folgenschwer erweist.

Endlich hat Herr Mendel hervorgehoben, dass unsere Kranken in den Polikliniken gewissermassen ausgebildet werden, dass sie ferner bei ihrer Zusammenlagerung in der Charité von ein-

ander lernen, und Herr Seeligmüller hat die Kliniken als die Hochschulen der Simulation bezeichnet. Die Mendelschen Bedenken halte ich wirklich für im Wesentlichen theoretische. Ein kleiner Theil meiner Patienten ist ja durch die Mendel'sche Poliklinik gegangen. Ich selbst pflege die Befunde in solchen Fällen in lateinischer Sprache zu dictiren. Auch in den Krankenhäusern lernen sie, so weit ich sehe, nicht von einander, einfach deshalb nicht, weil die für uns Aerzte scheinbar sehr verwandten Symptomenbilder für den Laien beträchtlich different erscheinen. Ich habe mehrfach auf diesen Punkt meine Aufmerksamkeit gelenkt. Da lagen beispielsweise drei Verletzte gleichzeitig in der Nervenklinik. Der eine war bei einem Zusammenstoss von der Locomotive gesprungen, bot seit der Zeit die Erscheinungen einer schweren allgemeinen Neurasthenie mit Anfällen nervösen Herzklopfens und einer Beschleunigung der Pulsfrequenz bis zu 160 im Anfalle.

Der zweite war von einem Lastwagen auf die rechte Hüfte gefallen, bot die typischen Symptome einer Coxalgie mit Hemianaesthesie, Einengung des Gesichtsfeldes auf der entsprechenden Seite, Cyanose des Beins etc. etc. Der dritte, der bei einem Eisenbahnzusammenstoss verunglückt war, hatte Parese der Beine mit Steifigkeit, lebhaften Tremor, Pupillendifferenz, Aufregungszustände etc. Was konnte da der Eine von dem Andern erlernt haben? Was sollen wir denn schliesslich mit diesen Verletzten anfangen? Gegen die Poliklinik ist Herr Mendel, gegen die Klinik und das Krankenhaus Herr Seeligmüller und gegen das Seeligmüller'sche Unfallshaus wieder Herr Mendel — wo und wie sollen wir diese Personen untersuchen?

Die Atteste, welche die Simulation diagnosticiren und beweisen sollen, haben untereinander eine grosse Aehnlichkeit. Es sind wahre Typen, sodass ich jetzt häufig, noch bevor ich gelesen habe, den Inhalt kenne. Sie weisen nämlich auf irgend einen Wider-

spruch in den Angaben oder den Erscheinungen hin, der sich besonders häufig bei der Sensibilitätsprüfung herausstellt. Oft hätte ich den betreffenden Collegen fragen mögen, ob er jemals einen Fall von Tabes dorsalis oder Myelitis o. dergl. auf das Verhalten der Sensibilität geprüft und auf die Widersprüche in den Angaben geachtet habe. Widersprüche giebt es eben bei jeder Sensibilitätsprüfung einmal aus dem Grunde, weil wir nicht mit Reizen von sich gleichbleibender Stärke prüfen, dann, weil die Aufmerksamkeit eine hervorragende Rolle spielt: ganz derselbe Reiz kann an derselben Stelle bei derselben Prüfung nicht empfunden, leicht empfunden oder intensiv empfunden werden, je nach dem Maasse der angewandten Aufmerksamkeit. Das gilt nun ganz besonders für psychisch kranke, erregbare Personen, deren Aufmerksamkeit schnell ermüdet oder abschweift und gar erst, wenn die Prüfung von entscheidender Bedeutung ist. Kurz: ich mache mich anheischig, bei einer Sensibilitätsprüfung jedweden Nervenkranken (vielleicht selbst den Gesunden) auf solchen Widersprüchen zu ertappen, die von den Simulationsspähern auf Betrug bezogen werden.

Sollen wir nun deshalb auf die Sensibilitätsprüfung ganz verzichten? Nein, gewiss nicht! Man muss eben wissen, welche Abweichungen in der Breite der Norm vorkommen, man muss sehr genau auf das Verhalten der Reflex- und Abwehrbewegungen achten, man muss in Erwägung ziehen, dass zuweilen solche Störungen nur bei Anwendung einer mittleren Reizintensität zu Tage treten, man muss den psychischen Factor in Rechnungziehen. [Beispiel: Der Kranke, der einen schmerzhaften Nadelstich nicht schmerzhaft empfindet und keine Reflexbewegung zeigt, zuckt lebhaft zusammen, als man ihn plötzlich und unerwartet an derselben Stelle berührt. Das braucht nicht Simulation zu sein, sondern bei völliger Analgesie kann die Erregbarkeit, die Schreckhaftigkeit so gesteigert sein, dass schon die plötzliche Annäherung ein Zusammenfahren bedingt.] Sehr häufig ist die Sensibilitätsstörung vorwiegend halbseitig; dann gelingt

es, dieselbe nachzuweisen, ohne dass der Pat. gefragt wird, ohne dass er selbst irgend etwas zu sagen braucht, das Verhalten der Reflexbewegungen giebt da meistens Aufschluss. Nun ist aber zu berücksichtigen, dass wiederum in anderen Fällen Abstumpfung des Gefühls auf beiden Körperhälften vorliegt, auf der einen (verletzten) Seite intensiv, auf der anderen schwächer ausgeprägt. Das sind die Fälle, bei denen die Prüfungsergebnisse besonders widerspruchsvoll erscheinen und nur eine ruhige, vorurtheilslose Untersuchung zum Ziele führt.

Nur der, welcher allen diesen und noch vielen anderen Factoren, die zu erörtern die Zeit nicht reicht, genügend Rechnung trägt, kann sagen, dass er eine sorgfältige Sensibilitätsprüfung[1]) vorgenommen habe.

---

[1]) In dem soeben erschienenen Vortrage des Herrn Prof. Schultze: Ueber Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma — so nennt er die von uns als traumatische Neurosen und traumatische Neuropsychosen bezeichneten Krankheitszustände — berichtet dieser Autor, dass er in 23 Fällen dieser Art, welche er auf locale Anästhesien untersucht habe, dieselbe nur 3mal gefunden habe. Aus dieser Angabe schon geht für mich hervor, dass Schultze typische Fälle dieser Art überhaupt nur in sehr geringer Anzahl gesehen hat (ein Umstand, der vielleicht durch locale Verhältnisse bedingt wird). Daraus erklären sich wohl zum Theil auch die übrigen Meinungsdifferenzen. Es scheint mir aber nothwendig, einen Satz aus der Schultze'schen Abhandlung zu citiren, der dessen Standpunkt in diesen Fragen am besten kennzeichnet: „Andererseits nehme man auch manche dieser Neurosen und besonders die hysterischen nicht allzu tragisch! Gerade der Arzt kann vielfach dazu beitragen, die Hysterie weiter zu verbreiten und sie geradezu zu einer Volkskrankheit zu machen. Man hätschele sie auch nicht noch bei Männern gross, sondern überlasse sie den Frauen und Kindern." Diese Verfügung des Herrn Prof. Schultze über die Hysterie darf man nun aber auch nicht rein humoristisch nehmen. Hätte er uns doch auch einige praktische Winke gegeben, wie diese seine Mahnung auf die in Frage kommenden Fälle anzuwenden sei! Mit dem einfachen Ignoriren der Beschwerden, mit einem: „Sie sind nur hysterisch, dazu haben Sie als Mann keine Berechtigung!" wird man wohl nicht sehr weit kommen. Ich habe in nicht wenigen Fällen dieser Art gesehen, wie ein derartiges Vorgehen dahin führte, die Neurose zur Psychose umzugestalten. Man erkennt aber aus dieser übrigens sehr verbreiteten Anschauung des Herrn Prof. Schultze, dass es schon aus praktischen Gründen nicht zu empfehlen

Anderemale wird die Diagnose: Simulation damit begründet, dass eine active Bewegung bei der ärztlichen Prüfung mit geringer Kraft ausgeführt wird, während Patient bei einer andern Gelegenheit dieselbe Bewegung in ganz geläufiger Weise ausgeführt haben soll. Auch in der Verwerthung dieser Erscheinung ist grosse Vorsicht nöthig und verweise ich auf die entsprechenden Ausführungen in meiner Schrift über die traumatischen Neurosen S. 109 u. a.

Endlich las ich einigemale die Behauptung: Wenn das Bein oder der Arm wirklich schon seit 6—8 Wochen gelähmt wäre, so müsste sich Atrophie eingestellt haben, — eine Auffassung, über deren Irrthümlichkeit ich wohl an dieser Stelle kein Wort zu verlieren brauche.

Zum Schluss möchte ich noch auf eine Erscheinung hinweisen, die einen diagnostischen Werth hat, obgleich sie bisher bei diesen Zuständen weniger beachtet, von mir jedoch nun wiederholentlich constatirt worden ist: es ist die lebhafte Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit und ganz besnders die der mechanischen Nervenerregbarkeit, so dass ein leichtes Rollenlassen des Ulnaris oder Peroneus unter dem Finger oder ein Percussionsschlag auf diesen und andere Nerven zu sehr starken Zuckungen in den entsprechenden Muskelgebieten führt. Ueber das Verhalten der mechanischen Muskelerregbarkeit bei Gesunden lassen sich ja Gesetze von allgemeiner Gültigkeit nicht aufstellen, es giebt aber auch hier Erscheinungen, die als pathologisch zu betrachten sind, wenn es sich auch nur um eine quantitative Steigerung physiologischer Phänomene handelt: so sah ich Fälle, in denen jeder, auch der leichteste mechanische Reiz zu starker localer Wulstbildung führte, zu Wülsten, die auch längere Zeit bestehen blieben, ferner sehr

---

ist, die Bezeichnung Hysterie auf die besprochenen Krankheitszustände anzuwenden. Dass ich andererseits den psychischen Factor in der Therapie nicht unterschätze, geht aus meinen Mittheilungen wohl zur Genüge hervor.

lebhafte Zuckungen des gesammten Muskels oder einzelner Bündel bei schwachen mechanischen Reizen. Es sind das übrigens Verhältnisse, über die noch ausgedehntere Untersuchungen bei Gesunden wünschenswerth wären.

Für eine Betheiligung des Sympathicus, auf welche Clevenger[1]) (auch Kriege) besonderes Gewicht legt, habe ich auch häufig Anhaltspunkte gefunden. So ist bei einer schweren traumatischen Neuro-Psychose, abgesehen von intercurrent auftretenden psychischen Störungen mit Sensibilitätsanomalien, in der Zwischenzeit nichts nachzuweisen als eine Erweiterung der Pupille (entsprechend der verletzten Seite) und Röthung der Gesichtshälfte (nicht Blässe!) bei jeder Erregung. Würde man diesen Fall jetzt ohne Kenntniss der Anamnese zu begutachten haben, so könnten nur diese Erscheinungen eine Handhabe für die Entscheidung geben.

Endlich sind von besonderem Interesse die nun mehrfach beobachteten Fälle von traumatischer Neurose im Anschluss an chirurgische Operationen. Es sind mir zunächst derartige Mittheilungen von anderen Aerzten aus ihrer Praxis zugegangen. Dann habe ich selbst einzelne sehr ausgeprägte Fälle dieser Art gesehen. Kurz hinweisen will ich nur auf einen solchen Fall, der noch in der Nervenklinik beobachtet wird: Ein junges Mädchen, bis dahin nicht nervös, nicht hysterisch, wird einer Operation unterzogen: Exstirpation tuberculöser Lymphdrüsen in der linken Halsgegend. Gute Heilung. Nach einiger Zeit entwickelt sich: Verstimmung, Reizbarkeit, Herzklopfen, Schweissausbruch, vasomotorische Störungen, Krämpfe im Gebiet des Accessorius, besonders des linken, eine typische linksseitige Hemianästhesie mit Betheiligung aller Sinnesfunctionen (Einengung des Gesichtsfeldes). Diese Hemianästhesie bildet sich in kurzer Zeit wieder zurück, während die anderen Erscheinungen bestehen bleiben, aber an Intensität verlieren.

[1]) Spinal Concussion etc. Philadelphia and London 1889.

Damit schliesse ich meine Betrachtungen ab. Wie ich von vornherein in meinen Abhandlungen und Vorträgen über diesen Gegenstand nicht mit einfachen Behauptungen aufgetreten bin, sondern stets das Beweismaterial in einer umfangreichen Casuistik vorlegte, so bin ich auch in der Erwiderung der gegen mich gerichteten Angriffe sachlich vorgegangen und habe durch, wie es mir scheint, sorgfältige Nachprüfungen bewiesen, dass ich die Simulation nicht übersehe und dass die Beobachtungen, auf welche ich meine Beiträge zur Symptomatologie der traumatischen Neurosen gestützt habe, sichere und unanfechtbare sind. — Nun möchte ich wünschen, dass meine Gegner in dieserFrage ebenso sorgfältig Revision halten und nachforschen, was aus ihren Simulanten geworden ist (vielleicht kommen sie zu ähnlichen Resultaten, wie Herr Rumpf sie auf dem Congress mittheilte).

Somit resumire ich:

1. Die sog. traumatische Neurose existirt, d. h. die von Anderen und mir geschilderten, in meiner Monographie eingehend besprochenen Symptomenbilder werden im Anschluss an Verletzungen beobachtet, und zwar sehr häufig beobachtet, mag man sie nennen, wie man will.

2. Ein Gutachten über diese Krankheitsfälle sollte nur ein Arzt abgeben, der mit der Untersuchung von Nerven- und Geisteskranken vertraut ist.

3. Auf die Diagnose Simulation ist in Fällen dieser Art kein entscheidendes Gewicht zu legen, wenn sie von einem Arzt gestellt ist, der in der Untersuchung von Nerven- und Geisteskranken keine Erfahrung besitzt.

4. Die Diagnose Simulation sollte in Fällen dieser Art nicht auf Grund einer einmaligen Untersuchung gestellt werden.

5. Die concentrische Gesichtsfeldeinengung, die Anästhesie resp. Hypästhesie, die Pulsbeschleunigung, die psychischen Anomalien sind objective Symptome der traumatischen Neurosen, indem sie in typischer Form entweder überhaupt nicht oder nur von einem besonders geschickten und geradezu geschulten Be-

trüger simulirt werden können. Indess ist der Nachweis, dass eine typische concentrische Gesichtsfeldeinengung simulirt wurde, bisher überhaupt nicht geführt worden. Die Pulsbeschleunigung und Irritabilitas cordis kann überhaupt nicht simulirt werden.

6. Der Umstand, dass Zittern bei abgelenkter Aufmerksamkeit schwindet, dass bei der Sensibilitätsprüfung Widersprüche unterlaufen, ist keineswegs ohne Weiteres Beweis für Simulation.

7. Die Möglichkeit der Simulation ist in jedem Fall in Rechnung zu ziehen. Sicherer als einzelne Kunstgriffe schützt eine sorgfältige der Symptomatologie der Neurosen und Psychosen genau Rechnung tragende Untersuchung vor dem Betrogenwerden. Bis jetzt war die Simulation nach den Erfahrungen der Nervenklinik ein seltenes Vorkommniss.

8. Häufiger als die Simulation ist die Uebertreibung, aber sie ist oft schwierig nachzuweisen und abzutaxiren, noch etwas häufiger scheint das Festhalten der Beschwerden nach eingetretener Besserung oder Heilung zu sein.

Nachtrag.

In der sich an diesen Vortrag, den ich wegen vorgerückter Zeit namentlich in seine zweiten Hälfte wesentlich kürzen musste, anschliessenden Discussion behauptete Herr Mendel, dass ich seine auf dem Congress vorgebrachte Aeusserung nicht richtig wiedergegeben habe, indem er sich bestimmt erinnere, gesagt zu haben: dass ein Theil (nicht ein grosser oder gar der grösste) der von mir beobachteten Fälle auch von ihm untersucht sei. Factisch sei er aber auch jetzt der Meinung, dass er — bei den Verhältnissen in den Berliner Polikliniken — einen grossen Theil meiner Fälle gesehen habe. Für die Auslegung und Verwerthung,

welche dieser sein Ausspruch von anderer Seite erfahren habe, sei er nicht verantwortlich zu machen.

Dieser Erwiderung des Herrn Mendel halte ich gegenüber: 1. seine von ihm selbst zu Protocoll gegebene Aeusserung in der Discussion, welche lautet: „Meine eigenen Erfahrungen, welche zum grossen Theil aus ganz demselben Material, welches Herr Oppenheim beobachtete, stammen etc.“, sowie 2. die Wiedergabe der Discussion im Centralbl. für Nervenheilkunde u. Psychiatrie (October 1890), welche in einem nach einem Stenogramm des Herrn Dr. Koenig-Dalldorf abgefassten Bericht Herrn Mendel sagen lässt: „Die Patienten des Herrn Oppenheim seien mit wenigen Ausnahmen auch die seinigen gewesen.“ — Dr. Koenig vertritt nach einer mir mündlich gemachten Mittheilung noch heute in Bezug auf diesen Punkt den Inhalt seines Stenogramms.

Wenn ich nun auch überzeugt bin, dass Herr Mendel sich jetzt erinnert, nur von einem Theil meiner Patienten gesprochen zu haben, so ist doch seine nach dem Vorstehenden thatsächlich anders gefasste Aeusserung auf dem Congress in die Referate übergegangen. Dieselbe ist auch von den Hörern so aufgenommen, dass sie einen derselben (Herrn Seeligmüller) zu dem erwähnten Angriffe veranlasste. Es blieb daher meine Aufgabe, die hier vorliegende Abhandlung dem Druck zu übergeben, zumal ich ja auch noch den Nachweis zu führen hatte, dass Herr Mendel in den gemeinschaftlich begutachteten Fällen im Wesentlichen nicht zu anderen Resultaten gekommen ist.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.